



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

**Protocolización e individualización de los
tratamientos, ¿complementario o contradictorio?**

Standardization and individualization of treatments,
¿complementary or contradictory?

Autora: Dña. Estrella Carolina Lucas Barreda

Director: D. Francisco Javier Adín Ibarra

Santander, Junio 2019

Indice

Resumen/"Abstract"	2
Introducción y Métodos	3
Resultados: Protocolización	4
Antecedentes históricos.....	4
¿Qué es la Medicina basada en la evidencia?.....	5
Principios.....	6
Herramientas.....	7
Individualización	11
Definición.....	12
Impacto.....	16
Dificultades.....	18
Sondeo en el Centro de Salud	21
Entrevista con Juan Gervas	23
Discusión	26
Enfoque.....	26
Perspectiva.....	28
Relación médic@-paciente	28
Intención.....	29
Reflexión	35
Conclusiones	38
Agradecimientos	39
Bibliografía	40

NOTA PRELIMINAR: este documento ha sido redactado en lenguaje inclusivo por consideración de la autora.

La información y conclusiones que fueron extraídas y expuestas se hicieron desde una perspectiva occidental y, por tanto, son exclusivamente aplicables a la Medicina occidental.

Resumen

La Medicina tanto a nivel teórico como práctico tiene un *modus operandi* que viene definido por el marco histórico, económico y sociocultural. En Occidente desde hace décadas lleva imponiéndose un modelo, la protocolización. Esta herramienta ha agilizado y facilitado la práctica clínica a l@s profesionales, así como ha permitido homogeneizar el ejercicio de la Medicina dotándolo de mayor fiabilidad y seguridad.

Ahora bien, esta aproximación a l@s pacientes ya se ha visto y se ve que no siempre es válida y que llevada al extremo sin atender al contexto y la particularidad de las personas no genera los resultados esperados. Por lo que se han propuesto otros modelos de ejercer la Medicina, entre ellos la individualización. Un modelo que defiende que es imprescindible tomar a la persona en su totalidad (esfera biológica, psicológica y social) para poder hacer un buen manejo de la patología.

En este trabajo discutiremos si ambos modelos se contradicen o, por el contrario, se pueden complementar, qué repercusiones e impacto tienen, qué beneficios aportan y a qué dificultades se enfrentan.

Abstract

Medicine, both theoretically and practically, has a *modus operandi* that is defined by the historical, economic and sociocultural framework. In the Western world for decades a model has been imposing itself, the standardization. This tool has streamlined and facilitated clinical practice for professionals, as well as allowing the practice of Medicine to be homogenized, providing it with greater reliability and safety.

However, this approach to the patients has already been seen and it is seen that it is not always valid and that taken to the extreme without attending to the context and the particularity of the people does not generate the expected results. Therefore, other models of Medicine have been proposed, including individualization. A model that defends that it is essential to take the person as a whole (biological, psychological and social sphere) to be able to make a good management of the pathology.

In this paper we will discuss whether both models contradict each other or, on the contrary, can be complemented, what repercussions and impact they have, what benefits they bring and what difficulties they face.

Introducción

En el ámbito clínico actual el uso de protocolos ha cobrado un auge sin duda necesario por las necesidades propias del sistema tal y como lo hemos establecido. Este modelo de pensamiento, teoría, modelo y forma de trabajo se ha ido instaurando poco a poco y, hoy día, facilita y refuerza el entramado sobre el que hemos construido y desarrollamos la Medicina a través de la evidencia.

Pero su puesta en acción llevada al extremo y sin contextualización ha olvidado la necesidad de aplicar dichos protocolos de manera diferente según las características particulares de l@s pacientes.

De ahí que aparezcan diferentes corrientes reivindicando el respeto de la particularidad de la persona, en ocasiones, paciente. Si hablamos de individualización seguramente lo primero que nos venga en mente sea la más que conocida Medicina Personalizada. Ésta se dedica a través de la Genómica a personalizar las terapias y gracias a los desarrollos tecnológicos actualmente nos ofrece la posibilidad de resucitar en cierta medida la individualización.

Pero esto no es más que un aspecto parcial de una individualización completa, que tuviera en cuenta los aspectos clínicos (enfermedad y aspecto biológico) junto con los aspectos menos materiales (biográficos, psicológicos, éticos) que habitualmente se manifiestan en las preferencias del paciente y en la relación clínica paciente-médic@.

A continuación, nos dispondremos a explicar cada aproximación a la Medicina y valorar si llevar a la práctica el planteamiento protocolizado y la individualización de forma integrada es posible o, por el contrario, representan planteamientos opuestos en la realidad

Métodos

Se ha llevado a cabo una revisión narrativa del problema planteado. Para ello se han realizado búsquedas bibliográficas en MEDLINE a través del buscador PubMed. Los términos de búsqueda han sido *“standardization”, “individualization”, “evidence based medicine”, “patient centered medicine”, “patient centered care”*.

Los artículos se han seleccionado apreciando la idoneidad en título, resumen, y contenido.

Para conocer la presencia de la protocolización y la individualización en la práctica diaria, se ha llevado a cabo una encuesta entre l@s profesionales del Centro de salud en el que ha trabajado la autora en este curso académico, con seis preguntas y una valoración tipo escala Likert.

Finalmente, se ha realizado una entrevista singular al Dr. Juan Gervas, que es un reputado médico general, investigador de la aplicación de la medicina al bienestar de l@s pacientes, docente en diversos foros de atención sanitaria y gestión clínica y divulgador en cuestiones de salud. El Dr. Gervas es un firme partidario de la medicina armónica, también conocido por la controversia que generan, en ocasiones, sus opiniones, pero tiene una autoridad reconocida y sus valoraciones son tenidas en cuenta por la comunidad médica.

Resultados

Protocolización

Desde la consulta, ya sea de Atención Primaria como Hospitalaria, historiamos y exploramos a l@s pacientes, les pedimos las pruebas correspondientes y diagnosticamos, prescribiendo posteriormente un tratamiento, si lo hubiera. Este recorrido que hacemos día a día y paciente a paciente viene marcado por un denominador común, la toma de decisiones a través de algoritmos, protocolos y/o guías de práctica clínica.

La protocolización, hoy día, está tan interiorizada en el sistema médico que casi ni somos conscientes de la misma y de su reciente incorporación. Desde el momento en que un/a paciente entra por la puerta de nuestra consulta y comenzamos a evaluarle, a la hora de diagnosticar, de prescribir tratamientos, en situaciones de emergencia o cuando damos consejo a la población, en todas estas situaciones nos encontramos siguiendo protocolos. Ahora bien, ¿cuál es el origen de los mismos?

Antecedentes históricos

Según qué autor/a el origen data de antes o después, nosotr@s somos conscientes de la complejidad de su creación y su historia, pero hemos creído conveniente abocetarlo mencionando momentos e hitos históricos, así como personas que con sus aportaciones marcaron una diferencia en el camino hacia el desarrollo de la protocolización para facilitar su posterior comprensión.

La Ilustración pudo ser uno de esos primeros momentos. En 1700 la reivindicación del escepticismo y el espíritu crítico fomentó la divulgación del método científico y la Estadística, concretamente, en el campo de la Medicina. Desde entonces los juicios de autoridad y la Medicina “mágica” que se venía ejercitando previamente se pusieron en tela de juicio.

Pero su formalización en la Medicina llegó mucho después. En los años 60, gracias a figuras como Alvan Feinstein que con sus estudios procuró erradicar las decisiones basadas en el juicio de autoridad y reemplazarlas por decisiones clínicas fundamentadas en bases científicas e introdujo el término "epidemiología clínica" en diversos de sus escritos, acercó así la Epidemiología a la práctica clínica.¹

Ya entonces comienza a percibirse una de las problemáticas a las que se enfrenta también hoy en día la Medicina en relación con la Bioestadística y la Epidemiología, la brecha que aleja los avances en biomedicina y su aplicación a la práctica diaria. Entre el grupo de personas que se plantearon esta problemática encontramos a Suzanne Fletcher y Robert Fletcher quienes publicaron un libro que definía las bases científicas del cuidado clínico, *“Clinical Epidemiology: The Essentials”*.

Progresivamente, la Epidemiología Clínica fue interiorizándose en el ámbito médico hasta tornarse materia de estudio en las facultades de Medicina. Fue en la primera de ellas, la Universidad de McMaster, donde a la cabeza del departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, el Dr. David Sackett junto a sus compañer@s reparan en el cambio que supone la introducción de bases científicas en el ejercicio de la Medicina y la problemática que ello

supone. Entre ellas, la ignorancia respecto a la búsqueda de una información de calidad, cómo verificar que esta misma lo fuera, la ausencia de unos estándares que pudieran clasificar la fiabilidad de la información, etc. Por ello deciden desarrollar un método para llevar a cabo una lectura crítica de la literatura científica disponible, el conocido como "*critical appraisal*".

Entre su grupo de trabajo cabe destacar a Gordon Guyatt quien acuñó en 1991 el término "*Evidence Based Medicine (EBM)*" y se encargó de desarrollar este método que poco a poco se convirtió en el rumbo del sistema médico.

Poco después, en 1993, fue creada la "Cochrane Collaboration" en honor a Archie Cochrane y sus esfuerzos por optimizar el trato clínico evitando el mayor número posible de sesgos a través del empleo de los ensayos clínicos aleatorizados. Entre sus fundadores encontramos a Tom Chalmers quien advirtió que los ensayos clínicos con resultados negativos eran menos publicados que aquellos cuyos resultados fueran positivos, esto generaba un sesgo de publicación. Se encargó de denunciarlo y buscar una solución al mismo, los metaanálisis.⁸

De esta forma, lo que inicialmente fue la crítica a un sistema médico basado en los juicios de autoridad y procedimientos sin una base científica que los corroborara se fue creando todo un modelo de cómo ejercer la Medicina con unos fundamentos lo más fehacientes posibles, la Medicina basada en la evidencia. A partir del cual comenzaron a emanar y producirse documentos dirigidos al uso en la práctica clínica para así aproximar el conocimiento científico al quehacer médico y poder prestar la mejor atención posible.

Vamos a profundizar un poco más en el concepto de Medicina basada en la evidencia dado que se trata del paradigma de la protocolización y podría considerarse su raíz, su origen.

¿Qué es la Medicina basada en la evidencia?

Como veníamos explicando la Medicina a lo largo de la historia ha sufrido una gran transformación. La introducción de las ciencias básicas entre sus criterios de decisión supuso un avance, pero al mismo tiempo acarreó ciertas adversidades ante las cuales existía la necesidad de encontrar soluciones. Esto sumado a la llegada de la era tecnológica, toda una revolución informacional, dio lugar a este movimiento, la Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

La inmensa cantidad de información que se generaba gracias a las facilidades que daban las nuevas tecnologías y el Internet y, aún más, la velocidad a la que se actualizaba junto con el creciente espíritu crítico planteaba una serie de retos. Por una parte, la necesidad de síntesis de toda aquella información. Y, por otra parte, el requerimiento de asegurar que fuese fiable.

Asimismo, la incipiente importancia que se le estaba dando a materias tales como la Estadística en la Medicina y el hecho de que anteriormente ésta era inexistente en este campo suponía una carencia formativa.

Por estas razones un grupo de colaboradores de la Universidad de McMaster, entre ellos David Sackett, decidieron desarrollar un método sistematizado que facilitara la aproximación a la literatura científica, sintetizándola y simplificándola para trasladar sus resultados a la práctica diaria. La última meta era optimizar el trato al/la paciente con bases científicas bien consolidadas que respaldaran las decisiones a tomar.

De ahí que se plantearan preguntas tales como qué se considera la mejor información, qué significa de mejor calidad; de dónde obtener dicha información; cómo hacer que este proceso sea efectivo, en el menor tiempo posible y con los mejores resultados.

La Medicina basada en la evidencia se define, pues, como el método que pretende optimizar la atención a l@s pacientes a través de prácticas fundamentadas en la mejor evidencia posible. Esto es, información considerada como la mejor, la más fiable, según unos estándares definidos.

Su objetivo es desestimar aquellas prácticas establecidas cuyos resultados no aportan beneficios o suponen un riesgo e impulsar y constatar aquellas que aporten un beneficio.

Trasladar este método a la práctica clínica supondría la combinación de dicha información con la experiencia y el “saber hacer” previo del/la profesional y los valores y preferencias del/la paciente. De esta manera, según defiende, se conseguiría el mejor trato al/la paciente.

Principios

La MBE se basa en el planteamiento de preguntas concisas para buscar respuestas adecuadas entre la literatura disponible asegurándonos de que su contenido sea el de mayor importancia, validez y aplicabilidad.

Para ello desarrollaron un método de 5 pasos:

1- Conversión de la información que queremos obtener en una pregunta. Planteamiento correcto de la pregunta según el acrónimo **PICO** (**P**roblem or **P**atient, **I**ntervention, **C**omparison, **O**utcome) definido por Sackett y colaborador@s. Debe constar de una problemática o la pregunta del/la paciente, de la puesta en duda de una práctica, de una comparación si fuera necesaria y de un resultado.

2- Búsqueda de respuestas con la mejor evidencia. En este punto entra en juego las capacidades y aptitudes de cada profesional. La habilidad de buscar información de manera eficiente, la información más relevante en el mínimo tiempo posible. La falta de formación al respecto nos puede llevar a realizar búsquedas muy someras o muy extensas. La búsqueda se ha de llevar a cabo en fuentes fiables ya sean bases de datos electrónicas, revistas científicas, fuentes rápidas de evidencia resumida o libros de texto.

En cuanto a ello, proponen una serie de pautas que pueden sernos de ayuda para simplificar y no errar en nuestra búsqueda, como el formular preguntas clínicas correctamente, elegir palabras claves que sean acordes y propias a la pregunta propuesta o escoger una base de datos en la que conducir la búsqueda.

3- Evaluación de dicha evidencia. Con ello se pretende buscar el máximo beneficio y evitar cualquier mínimo riesgo, así como evitar el desperdicio de los medios de que disponemos. Se evalúa con respecto a 3 criterios: validez, utilidad e importancia. Las aptitudes para la misma se han de adquirir y actualmente existen diversas herramientas para ello, como el “Critical Appraisal Skills Program” (CASP) de la mano de la Universidad de Oxford.

4-Aplicación en la práctica clínica. Es una de las etapas más complicadas, por no decir la más compleja. Consiste en trasladar la evidencia encontrada a nuestro paciente concreto, teniendo en cuenta sus valores y preferencias debemos valorar si el coste, los medios y la situación nos permiten emplear los resultados de los que disponemos.

5-Evaluación de los resultados obtenidos, una vez tomada nuestra decisión y llevada a cabo. Para ser conscientes de si los resultados que nos ha dado favorecen que continuemos haciendo uso de dicha información en tales casos o si por el contrario es mejor que se aplique en otros escenarios o cometimos un error en la formulación de la pregunta o en la búsqueda de la información.³

Herramientas

El paso de la teoría a la práctica en este método no es tan sencillo. A menudo el diseño de los estudios científicos que nos brindan esa tan deseada evidencia es desarrollado en un marco teórico ideal que posteriormente hace prácticamente imposible llevar a la práctica sus resultados. Ya que no hay escenario real y humano que se asemeje a tales situaciones. Por tanto, se han desarrollado pasos intermedios que acercan estos dos extremos intentando trazar un camino que dé acceso a la innovación y el avance científico en la práctica clínica de manera rápida y eficaz.

Este es el momento en el que juegan su papel las guías de práctica clínica y los protocolos.

Guías de Práctica Clínica

Las guías de práctica clínica (GPC) nacen gracias al desarrollo de la MBE y su puesta en boga. Anteriormente su equivalente hubieran sido los consensos médicos, una serie de recomendaciones clínicas elaboradas por grupos de expertos en el campo que se exponía en tales documentos.

En la década de los noventa con el auge de la MBE y, en respuesta a la escasez de tiempo de los profesionales, para facilitar su actualización y formación continuada se fueron reemplazando dichos consensos por las guías de práctica clínica.⁴

Consiste en un conjunto de recomendaciones elaboradas de manera sistematizada cuyo sustrato es la mejor evidencia científica del momento que sirven y sirven para auxiliar a los profesionales y pacientes en la toma de decisiones. A su vez son de ayuda en la toma de decisiones en políticas de salud pública para optimizar los gastos en sanidad e inversiones en tecnología orientada a la salud, promover la educación en salud y aumentar la calidad de la atención sanitaria.

Se considera a estas guías como el puente que consigue salvar la brecha entre la investigación clínica y la práctica diaria.

El “ciclo vital” de una GPC consiste en su desarrollo, disseminación, implementación y evaluación. Cualquier error cometido en cualquier paso puede suponer el fracaso de una tentativa que suponga una gran suma de tiempo, dinero y esfuerzo. De ahí que el reto contra el que se enfrentan éstas es la sistematización de este recorrido.

Son diversos los métodos de elaboración que se han propuesto para garantizar su calidad, pero no existe un único método centralizado por el que todos los países se rijan.

Muchas son las organizaciones y los gobiernos que dedican una gran suma de esfuerzos, recursos humanos y económicos en la elaboración de estos métodos. Entre ellos destacamos la Red Internacional de Guías de Práctica Clínica ("*Guidelines International Network*") creada en 2002 con más de 100 organizaciones internacionales de 48 países diferentes que se encargan a nivel global del desarrollo, adaptación e implementación de GPC.⁵

Se considera de buena calidad aquella GPC que se consolida a través de la mejor evidencia científica actual, las referencias de l@s profesionales expert@s en dicha materia y la opinión de aquellos eslabones que intervienen, es decir, pacientes, familiares, cuidadores, profesional de administración, de realización de políticas de salud e incluso pertenecientes a las organizaciones a las cuales va dirigida o en las que se pudiera desarrollar.

Para su elaboración primeramente debemos identificar un tema o problema de salud para el cual tengamos un propósito de mejora que sea factible y que tenga una magnitud tal que justifique la elaboración de la GPC. Una vez reconocido, se ha de formar un grupo de trabajo en el cual se incluya tanto a l@s profesionales que harán uso de esas recomendaciones, como las personas para las que se empleará (pacientes y familiares) y que se encuentren en el marco en el que se llevará a cabo y que lo harán posible (personal de enfermería, administrativ@s, organizaciones, etc.). Este es un punto fundamental ya que de ello depende que la posterior difusión e implementación de la guía sea efectiva y cale en la práctica.

En la guía debe constar la justificación de su desarrollo, la población a la que va dirigida y la ayuda o avance que se pretende prestar con el desarrollo mismo de dicha guía.

Primeramente, gracias a la ayuda de l@s expert@s, se definirán unos objetivos que serán de ayuda en la confección de las preguntas clínicas que nos haremos. Se recomienda realizar dichas preguntas según el método PICO.

Para la resolución de las mismas se diseña un estudio adaptado al objetivo, sea tratamiento, diagnóstico, pronóstico o etiología. El estudio constará de una búsqueda bibliográfica llevada a cabo con la ayuda de personal especializado en la lectura crítica de documentos científicos. En la búsqueda se procurará filtrar la información para retener aquella más actualizada y de mayor fiabilidad. Una vez obtenida la información se analiza y evalúa, así como el estudio que se ha realizado hasta la hora, para identificar cualquier sesgo y si fuese posible eliminarlo.

Con tales resultados se realizarán las recomendaciones. Para su formulación deberemos tener en cuenta la calidad de la evidencia científica a través de la cual hemos realizado la recomendación porque definirá la fuerza de la misma. Por tanto, cuanto mejor sea la evidencia más fuerte será la recomendación, es decir, menor será la probabilidad de que estudios posteriores observen efectos diferentes que susciten recomendaciones discordantes. Para realizar esta gradación existen diferentes escalas propuestas, por ser una de las más actuales y mayormente aceptada destacamos el sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

Tipo de estudio	Nivel de calidad a priori	Desciende si	Sube si	Nivel de calidad a posteriori
Estudios aleatorizados	Alta	Riesgo de sesgo	Efecto	Alta
		–1 importante	+1 grande	Moderada
		–2 muy importante	+2 muy grande	
		Inconsistencia	Dosis-respuesta	
Estudios observacionales	Baja	–1 importante	+1 gradiente evidente	Baja
		–2 muy importante	Todos los factores de confusión:	
		No evidencia directa	+1 reducirían el efecto observado	
		–1 importante	+1 sugerirían un efecto	
		–2 muy importante	espurio si no hay efecto observado	
		Imprecisión		
		–1 importante		
		–2 muy importante		
		Sesgo de publicación		
		–1 probable		
		–2 muy probable		Muy baja

Tabla explicativa de la clasificación del nivel de evidencia según el sistema GRADE.⁶

El sistema GRADE realiza una jerarquización de la evidencia, considerando mejor evidencia aquella cuya confianza sea tal que nos podemos permitir realizar una recomendación ya que el efecto que esperamos será el que muy probablemente tendrá lugar. Primeramente, clasifica según el tipo de estudio, tomando como aquel de mayor calidad el ensayo clínico aleatorizado y el de peor, el estudio observacional. Luego, define una serie de ítems que aumentan o disminuyen la calidad del mismo. De manera que el nivel de evidencia que establecemos inicialmente puede cambiar en función de este segundo análisis, por ello se habla de un “nivel de evidencia a posteriori”.⁶

Para valorar la fuerza de una recomendación se tienen en cuenta, a su vez, la relación riesgo-beneficio, los valores y preferencias y el coste.

Terminada la fase de formulación de recomendaciones hemos de reflexionar el formato en cual las presentaremos (lenguaje, extensión, empleo de esquemas, algoritmos, etc.) dado que juega un gran papel en el siguiente paso, la implementación.

De ello depende la aceptación de la comunidad a la que vaya dirigida. A menudo las GPC muy extensas son desechadas por el tiempo que conlleva su lectura, el lenguaje puede ser una barrera para su acceso y la inclusión de algoritmos, esquemas y dibujos que simplifiquen su comprensión y lectura siempre hace más agradable el acercamiento y simplifican la puesta en práctica. De manera que se ha de sopesar la forma de presentación de estas recomendaciones en función del uso que se les quiera dar.

Por último y no por ello menos importante debemos someter nuestra guía a valoración externa. Es decir, profesionales del ámbito y personas que vayan a hacer uso de la misma o a las que vaya a afectar deben revisar esas recomendaciones. Si son lícitas, factibles y si aportan un beneficio. La evaluación del correcto desarrollo metodológico, así como de su aplicabilidad no está definida ni sistematizada. Actualmente existen más de 20 herramientas para hacerlo y la elección viene de la mano de quién crea la guía.⁷ Un ejemplo de ello es el grupo de trabajo AGREE (“*Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation*”) quienes inicialmente propusieron

una “*checklist*” con 23 ítems que diera un marco metodológico para la elaboración de GPC y que, a su vez, evaluara la transparencia y el rigor científico de sus recomendaciones. Dicha propuesta fue criticada y posteriormente modificada y actualizada por centrarse únicamente en los aspectos del desarrollo, no tanto en la aplicabilidad de las guías.⁸

La fase de elaboración de la GPC se estima que dura entre 18 y 24 meses. Posteriormente debería de difundirse para llevarse a la subsiguiente implementación y, con el tiempo y el uso, irse evaluando para ver los resultados que se obtienen de la introducción de la misma en la práctica diaria.

Protocolos

Los protocolos son guías de actuación o esquemas de decisión ante situaciones clínicas concretas. Divers@s autor@s consideran este término como uno indistinto para referirse a las guías de práctica clínica.

Al igual que éstas, no conocen un modelo de referencia que sistematice su desarrollo y unifique los criterios que garanticen su calidad. Son diversos los modelos que se han propuesto y el problema primordial es la gran variabilidad que hay entre ellos.

Su elaboración es similar a la de las guías de práctica clínica. Consta de una revisión bibliográfica en la cual se introducirán los trabajos originales que daten sobre el tema del protocolo. Estos trabajos se clasificarán en categorías según el tipo de estudio dado que nos indicará el nivel de evidencia. La fuerza de las recomendaciones que daremos en el protocolo es dependiente del nivel de fiabilidad, ambos deberán constar en el protocolo. Pero además los protocolos tienen en cuenta el aspecto de la factibilidad, asociado al entorno concreto en que van a aplicarse.

ETAPAS EN LA CREACIÓN DE UN PROTOCOLO

PREPARACIÓN: Identificación del problema
Creación del grupo de trabajo

ELABORACIÓN: Discusión de la evidencia
Redacción del documento

DISCUSIÓN: Valoración por los usuarios
Propuestas de adaptación

DIFUSIÓN e IMPLANTACIÓN

EVALUACIÓN: Grado de seguimiento y resultados

En la bibliografía habrán de constar los trabajos consultados a través de los cuales se han decidido dar tales recomendaciones y, si existieran, los protocolos o consensos anteriores sobre los que se ha modificado o se ha basado la elaboración del presente.

Si el protocolo a elaborar fuera el de una tecnología terapéutica o diagnóstica se han de incluir otros criterios tales como la seguridad, efectividad, indicación, etc.⁹

Hemos de entender el protocolo como el instrumento de la MBE apegado a la práctica clínica real. Generalmente elaborados en ámbitos de aplicación muy delimitados (por ejemplo, un hospital concreto), tienen un componente de obligatoriedad mayor que las guías de práctica clínica carecen, gracias a la flexibilidad aconsejable en su aplicación.

Individualización

Como estamos viendo, el concepto de protocolizar está más claro a nivel conceptual y se conocen su desarrollo y las raíces (la Medicina basada en la evidencia) de las cuales se nutre.

La individualización, sin embargo, es un concepto mucho más farragoso. Puesto que se utiliza indistintamente para referirse a diferentes aproximaciones a la Medicina. Lo consideramos, pues, un concepto “paraguas” que abarca varias teorías.

Entre las cuales encontramos: por una parte, la **Medicina de precisión** aquella que surgió en 2015 a raíz de una inversión de Obama en investigación en los campos de la Genómica, la Bioinformática y la Biología. Definida como «estrategias preventivas, diagnósticas y terapéuticas que tienen en cuenta la variabilidad individual».¹⁰ No está tan dirigida al individuo como a los subgrupos o poblaciones. Pretende recabar información sobre los diferentes mecanismos biológicos y moleculares, pero de forma más concreta que los anteriores estudios de los grupos demográficos.

Por otra parte, la **Medicina personalizada** aquella empujada por el proyecto Genoma Humano en el 2000. Cambia la perspectiva de la práctica: del método de una terapia válida para tod@s a un fármaco concreto para una persona concreta. Su insignia son la Farmacogenética y las terapias dirigidas. Se encuentra muy desarrollada, cada vez más, en el campo de la Oncología. Su objetivo es aquel de prevenir el mayor número de efectos adversos y aumentar la eficacia del tratamiento.

La semejanza entre ambos movimientos anteriores es el de la consideración biológica del individuo.

Mientras que la **Medicina Centrada en el/la paciente (MCP)** asume que el curso del proceso de un/a paciente no solo está determinado por su biología, sino que la personalidad y el contexto socio-económico-cultural también influyen en la vivencia y en el pronóstico. Se trata de una perspectiva biopsicosocial.

En teoría su origen data de 1998, pero la Medicina por sí misma conlleva este método. Solo que, con el trascurso de los años, la aparición de nuevos avances tecnológicos y el trato cada vez más poblacional al que se ha tendido con el desarrollo de la Medicina basada en la evidencia, se está perdiendo progresivamente esta visión holística. El interés está cada vez más centrado en entender el comportamiento de la enfermedad y generar estrategias eficientes para tratar a la población como rebaño.

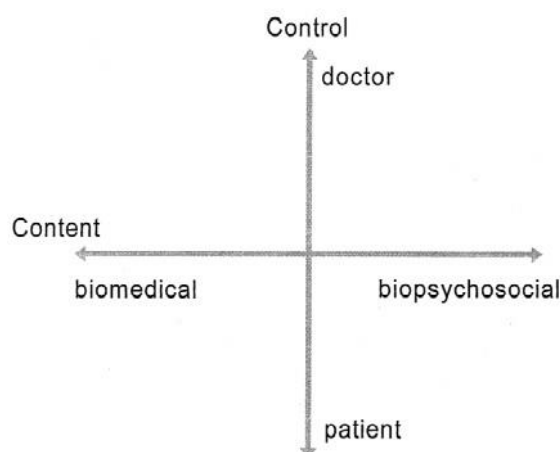
Esta corriente surge como respuesta al desarrollo de la medicina personalizada deshumanizada. Dado que sí, las estrategias de las terapias dirigidas son eficaces, pero anulan a las personas si se pierde la percepción del individuo en su totalidad.¹⁰

Cuando se habla de este método a menudo se utiliza el concepto “cuidado individualizado”, pues el resultado de su empleo es el de una atención “customizada” al/la paciente.¹¹

Nosotr@s tomaremos este último concepto como aquella individualización que compararemos frente a la protocolización emblemática de la MBE.

Definición

Lo primero que debemos considerar es que dentro de esta misma teoría y concepto encontramos una gran variabilidad. Muchas son las definiciones que se le han querido dar a la Medicina centrada en el/la paciente y no existe un consenso internacional que defina y describa todas sus características, dominios y matices. A la hora de compararla con otros métodos, se propone realizar una diferenciación entre dos de sus aspectos para facilitararlo. Éstos son: el control y el contenido, como muestra la gráfica.¹²



Cuando nos referimos al control hablamos de quién lo toma en consulta a la hora de decidir, si es el/la médic@, la/el paciente o una situación entre medias. De la misma forma que con el contenido de la consulta, si éste es de naturaleza exclusivamente biológica o se explora la esfera psicosocial y todas las situaciones entre ambos puntos de vista.¹²

Nosotr@s a la hora de hablar de la MCP nos referiremos a aquella que en el eje del contenido se encuentra en un punto de vista biopsicosocial y, en cuanto al control, aquella que defiende que no se encuentra en un punto fijo, sino que este eje es fluctuante y el punto donde se fija es dependiente de cada paciente y de su momento vital al cual se debe adaptar la/el médic@.

Con estos precedentes, hemos decidido tomar la siguiente como definición de partida y referencia a la hora de comparar la MCP: aquella Medicina cuya aproximación al/la paciente tiene en cuenta la esfera biológica, psicológica y sociocultural. La puesta en práctica de este modelo requiere una serie de condiciones previas, tales son: la participación activa de l@s pacientes, una buena comunicación y lo que hemos denominado como "espacio seguro". Un marco institucional que promueva el respeto y la libertad de expresión de valores y decisiones por parte de l@s pacientes, así como el aprendizaje, ejercicio y desarrollo de habilidades necesarias para el uso de la MCP. De manera transversal y desde l@s profesionales requiere coordinación y continuidad para su buena aplicación.¹¹

Según Mead y Bower (2000) la MCP puede entenderse si contemplamos sus 5 dimensiones:¹³

Perspectiva biopsicosocial

En 1944 ya el Comité de Planificación del Colegio Real de Médic@s en Educación Médica recomendaba “desde el principio de su carrera clínica, el estudiante debería ser animado a estudiar la personalidad de sus pacientes. De la misma forma que estudia sus signos físicos”, alentando la aproximación a l@s pacientes como un todo en el cual juega un rol trascendental el plano psicológico.¹⁴

Esta perspectiva fue introducida por George Engels en 1977 y desde entonces adoptada por algun@s en la Medicina.¹⁵



El modelo centrado en la/el paciente parte de esta perspectiva holística del individuo para atender a las necesidades del/la paciente lo mejor posible, respondiendo a sus expectativas, ideales y valores y no solo a las biológicas.

Aboga por contemplar la esfera psicológica, dejando de anular la parte inmaterial de la persona (los pensamientos, la personalidad, los sentimientos, el carácter, etc.).¹⁶

Esta aceptación de “lo psicológico” de la persona conlleva realizar una distinción entre el concepto de enfermedad y el de dolencia. Enfermedad se correspondería con el proceso biológico y dolencia con el impacto psicológico y social que supone la propia enfermedad en la vida del/la paciente, es decir, la vivencia individual de cada paciente de esa misma enfermedad en función de su contexto.¹⁶

“El/La paciente como persona”

Mead y Bower entienden que la comprensión del individuo desde la perspectiva biopsicosocial no es suficiente, sino que debemos contextualizarla en su biografía.¹³ Por ello también han de explorarse los aspectos familiares, sociales, laborales, culturales y económicos.¹⁶ Ya que la misma enfermedad o el mismo resultado no tiene el mismo impacto vital sobre todas las personas.

Promueve el reconocimiento de la individualidad, la originalidad de cada paciente. Ver a través del prisma de cada persona en su situación, con sus perspectivas, sus preferencias e ideales. Para lo cual se requiere escucha, dignidad y consideración. Dar un espacio y respeto a la particularidad.¹⁶

El poder y la responsabilidad compartidos

En 1983 Kassirer escribía “l@s médic@s deberían dejar su imagen de tomadores de decisiones de vida o muerte sol@s y sustituirla por la idea menos glamurosa y más consumidora de tiempo de explorar los mejores resultados con la/el paciente”.¹⁷

La esencia de esta frase es una de las premisas del modelo centrado en el/la paciente, la participación mutua.

Para hablar de este concepto debemos introducir los modelos de relación médic@-paciente (RMP) descritos por Szasz y Hollender:¹⁸

- **paternalista o actividad-pasividad**: considerado como una forma de rígida beneficencia, similar a la relación padre/madre-hij@ en la que la toma de decisiones es dependiente del/la progenitor/a.¹⁹

Este tipo de relación se adopta en situaciones de emergencia ya que si esperaríamos a llegar a un acuerdo con la persona la estaríamos poniendo en riesgo.

En este caso el/la “buen/a paciente” se corresponde con aquel/la que acepta sin queja las recomendaciones de su médic@, se somete pacíficamente y adquiere el rol de niñ@.²⁰

- **guía-cooperación**: la relación se basa en una persona dispuesta a colaborar, el/la paciente, en busca de una guía, la/el profesional. Las expectativas del/la profesional son aquellas de obediencia y cumplimiento sin cuestionamiento. Se compara este modelo relacional con aquel del/la adolescente con sus progenitores.

- **participación mutua**: basada en la igualdad de poder, control, independencia y satisfacción. El/la médic@ asume desconocer las necesidades del/la paciente y, por tanto, ha de explorarlas. Se trata de un modelo distinguido por la equidad entre sus actores, en el cual se asume la valía del conocimiento tanto teórico-clínico que posee la/el médic@ como el conocimiento experiencial del/la paciente. Existe una consideración por ambas partes e, idealmente, debería fundamentarse en una relación de confianza mutua, empatía y sensibilidad. Implica participación activa por l@s pacientes, lo cual conlleva una mayor responsabilidad por parte de l@s mism@s.¹¹

En cuanto a la participación del/la paciente, para que tenga lugar se necesita previamente una información adaptada individualmente, comprensible y con sentido que posibilite al/la paciente decidir sobre su propia salud. Así como la aceptación positiva por parte de l@s profesionales de esta actitud activa, es decir, reconocer el conocimiento de l@s pacientes como igualmente válido y complementario.¹¹

Ahora bien, no tod@s l@s pacientes prefieren participar, por ejemplo, se ha visto que aquell@s con cáncer y l@s más mayores prefieren acogerse al modelo paternalista.^{21,22,23} Y se sabe que cuanto más “peligrosa” (supone un mayor riesgo) es la situación o la decisión se tiende a conceder un mayor control a l@s médic@s.¹²

Al igual que hay pacientes que prefieren no ser informad@s de sus procesos y que se informe directamente a la familia. El derecho a la no información existe y también debe tenerse en cuenta. Hay pacientes que lo prefieren y se dejan en manos de l@s profesionales.¹⁷

En lo que este modelo relacional pretende incidir y considera importante es la necesaria actitud de escucha activa de l@s profesionales en cuanto a las necesidades en cada momento de l@s pacientes y adaptarse a las mismas.²⁴

La alianza terapéutica

La alianza terapéutica podría considerarse como la consolidación de la relación médic@-paciente basada en la participación mutua y, a su vez, el objetivo último que se pretende alcanzar y a través del cual ejercer.

Fundamentada en la toma de decisiones conjunta, el establecimiento de metas terapéuticas que se acuerdan entre las dos partes y cuyas tareas previas para alcanzarlas se comprometen a cumplir, todo ello desde una relación de confianza.

La toma de decisiones compartida es el punto medio entre el modelo paternalista, en el que una parte decide todo, y el autónomo, en el que el/la médic@ da la información, muestra las alternativas y la/el paciente decide unilateralmente. Consiste en mostrar la información y opciones y tomar una decisión conjunta basada en la evidencia, lo más ética posible y respondiendo a las necesidades y valores del/la paciente.²⁵

“La/El médic@ como persona”

Este modelo considera al/la médic@ como un actor más, capaz de intervenir y modificar la conducta del/la paciente y que también es modificado por dicha interacción.

Las explicaciones que dan l@s profesionales a l@s pacientes son dependientes de su experiencia personal.²⁶

Más aun, debemos reconocer el rol que juega el/la médic@ en sí mismo sobre el/la paciente, decía Balint como “droga”. Este autor desarrolló esta idea del/la médic@ como “droga” asumiendo la falta de información que poseía con respecto a los posibles efectos secundarios que pudiera provocar, las dosis a las que se debería recomendar y los efectos adictivos que pudiera originar en l@s pacientes.

A su vez, introdujo el concepto de la “inversión mutua”. Observó que la consulta puntual no es singular, sino que pertenece a una sucesión de las mismas que, bien utilizadas, pueden efectivizarse.¹⁸ Es decir, si en cada consulta estudiamos la personalidad del/la paciente esto nos permite evaluar sus necesidades y la próxima vez que venga, aunque sea por un motivo diferente, poder emplear menos tiempo en descubrir su problema ya que conocemos previamente las singularidades de la persona. También defendía que esto beneficia no solo al/la paciente sino al/la médic@ ya que este proceso le permite, a su vez, conocer sus propias necesidades.¹⁸

Impacto

Ahora que conocemos las bases teóricas y los fundamentos de la MCP cabría preguntarse qué implicaciones tiene, por qué es un método deseable y defendido por un colectivo de profesionales y ante qué dificultades se enfrenta.

Comunicación

Si partimos de que el 75% de l@s pacientes se diagnostica solo con la historia clínica, el 15% con la exploración física y el 10% con el estudio posterior. Deberíamos tomar consciencia del potencial que tiene la comunicación como herramienta de exploración.²⁷

La comunicación se percibe en consulta como locus de control, el agente causal que determina el funcionamiento o no del ejercicio médico.²⁷

Dependiendo del tipo de comunicación que establezca el/la médic@, l@s pacientes cuentan o no sus motivaciones internas o “planes ocultos”, es decir sus expectativas con respecto al tratamiento, sus inquietudes, aquello que realmente harán con las recomendaciones que se les dé, etc.²⁸ Cuando se ignoran o no se busca indagar en las “motivaciones ocultas” de l@s pacientes es cuando se desencadenan los problemas de comunicación.²⁹ La mayoría provienen de la falta de consideración a l@s pacientes en la toma de decisiones.³⁰

En la literatura podremos encontrar la gran controversia que existe sobre si hablar sobre los aspectos psicosociales, diversos estudios han mostrado que reporta una gran satisfacción a l@s pacientes.^{12,31,32} La escucha promueve dicha satisfacción^{33,34} sobre todo si se trata de problemas sociales o psicológicos.³⁵ Conlleva incluso un menor uso de los recursos sanitarios.

Relación médic@-paciente

Se ha visto que para el tratamiento y manejo óptimo de enfermedades crónicas se necesita el establecimiento de una relación de confianza³⁶ y que l@s pacientes, independientemente de su estado, valoran la continuidad y la toma de decisiones compartida.³⁷ Así como, estudios cuyos resultados han mostrado que el establecimiento de una relación de confianza con l@s pacientes promueve que compartan más sus conductas con respecto a su salud, aun siendo estigmatizador o embarazoso, y que están más abiert@s a aceptar y adoptar las recomendaciones de sus médic@s.^{38,39}

Como cabe esperar, las relaciones de poca confianza conllevan menor satisfacción por parte de l@s pacientes, menor adherencia a los tratamientos y menor mejoría sintomática.⁴⁰

Dentro del tipo de RMP, el establecimiento de una alianza terapéutica viene asociado a la satisfacción de amb@s profesional y paciente, una mejor adherencia y a copar las expectativas y resultados en salud de l@s pacientes.⁴¹

Concretamente se vio que la concordancia en la toma de decisiones entre médic@ y paciente, el involucrarles, aumenta la adherencia.^{42,43}

Actualmente, ya hay desarrollados instrumentos de medida de las dimensiones cognitiva y emocional de la alianza terapéutica adaptados al ámbito médico para poder desarrollarse y

evaluarse. En nuestra búsqueda encontramos el “Physician-Patient Working Alliance Inventory” (PPWAI) del cual ya se ha realizado un metaanálisis de los estudios que emplearon dicha herramienta para ver el efecto sobre la satisfacción de l@s pacientes y la adherencia. Se decidió hacer una distinción entre la satisfacción considerada como “directa”, aquella resultante de las visitas al/la médic@, y la “indirecta”, la relacionada con la facilidad del acceso a la petición de citas, al acceso a las oficinas y la relación positiva con l@s administrativ@s. En cuanto a la adherencia se evaluaron la utilidad percibida (las expectativas de l@s pacientes con respecto a la eficacia de los tratamientos y los resultados que les puedan aportar) y la auto-eficacia de l@s pacientes, es decir, su capacidad de organizar, manejar e incorporar actitudes relacionadas con el tratamiento. Ambos parámetros se ha visto que aumentan la adherencia.²⁵

Los resultados mostraron ser de moderados a grandes en estos ítems.

Se observó, a su vez, que no se necesitan intervenciones largas para crear este efecto y construir este tipo de relación.

Además, el artículo propone unas líneas de investigación que permitirían afinar el estudio del impacto de este modelo. Las propuestas son: el estudio del efecto de la formación de profesionales en este tipo de relaciones, es decir, ver si dicha aportación ha generado cambios de resultados entre su cupo de pacientes. Y, posteriormente, se podría incluso centrar en el estudio comparativo de díadas de médic@s-pacientes para observar su evolución y resultados.

Más aun, se ha visto que trabajar con metas reporta con mayor probabilidad resultados clínicos positivos, sobre todo en casos de rehabilitación física y neurológica.²⁵

Continuidad

La continuidad junto con la RMP es un factor fundamental para aumentar la adherencia a los tratamientos. No debemos desdeñar su efecto pues es uno de los mayores indicadores de efectividad, costo-eficacia y seguridad.⁴⁴

A menudo, se tiende a realizar un “copia y pega” de la historia clínica y evaluación física inicial de l@s pacientes no llegándoseles a reevaluar. Actitud que se da más fácilmente si el curso del/la paciente es por vari@s profesionales. No tanto, si fuera la/el mism@ quien lo siguiera. Además, la continuidad permite poner el resultado de las pruebas en su contexto que es algo básico e indispensable.

Supone una ganancia de eficacia si conocemos el contexto previo de la persona y tiene un gran papel en la prevención, pues nos permite la detección de señales de alarma que nos deberían hacer pensar explorar más en el contexto (ej.: violencia de género) y/o tomar medidas.¹⁶

Teniendo en cuenta que la MCP se trata de un modelo de aproximación al/la paciente:

- fundamentalmente basado en la comunicación, reconociendo y dándole la importancia que tiene,

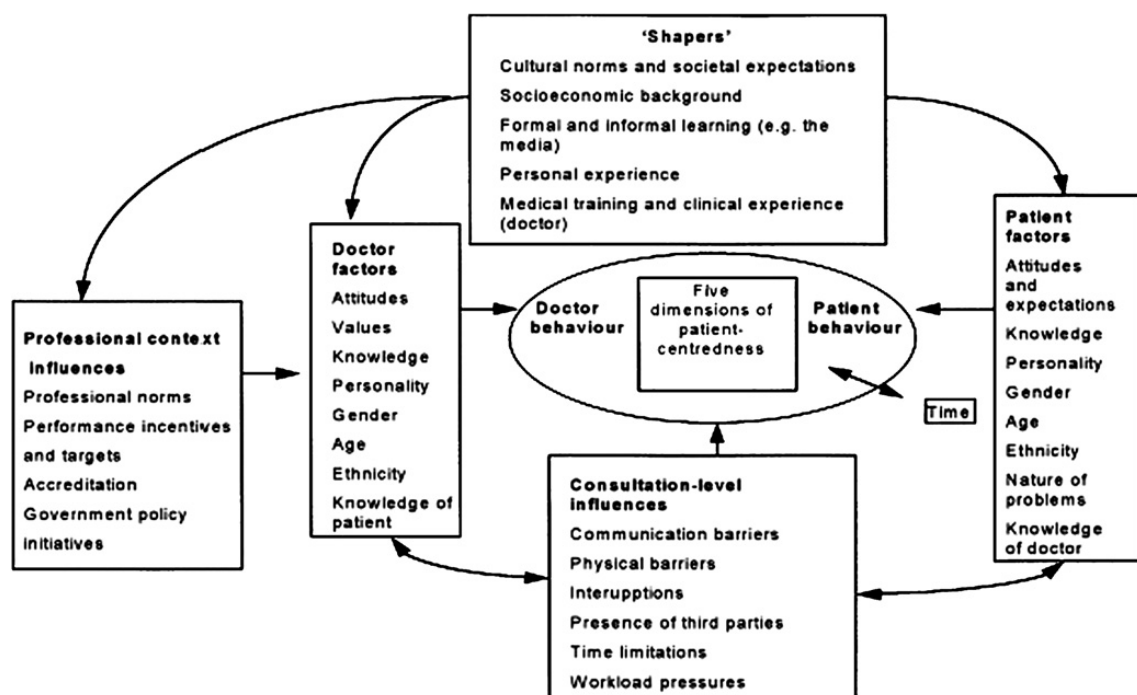
- que, a través del establecimiento de una RMP de confianza y participación mutua, responde a las preocupaciones y expectativas del/la paciente y por tanto aumenta su satisfacción,
- que repercute positivamente sobre la adherencia y la prevención,
- que apoya y promueve la continuidad
- que promueve el autocuidado, educando sobre la propia enfermedad y sensibilizando con respecto a la salud,
- que disminuye los costes derivados de la atención sanitaria, así como el empleo de los servicios sanitarios innecesariamente
- y genera una atención customizada que aumenta la calidad del cuidado.

Podemos considerar que responde de manera directa e indirecta a muchos de los problemas que se han detectado en el ejercicio de la Medicina.

Se trata de un modelo de ejercicio de la profesión respetuoso, individualizado y empoderador.¹¹ Las personas deben tomar las riendas de su vida para mejorar su salud o, al menos, su calidad de vida. La/El médic@ en este caso se encarga de facilitarlo y dar las herramientas para llevarlo a cabo.⁴⁵

Dificultades

A continuación, un esquema desarrollado por Mead y Bower que muestra los factores que creían que influyen sobre la implementación de la MCP.¹³



Según ellos, su implementación varía según el contexto y el momento vital del/la profesional. En un plano central encontraríamos la interacción entre médic@ y paciente determinada por aquellas 5 dimensiones que hemos comentado previamente y las características propias de cada integrante. De manera transversal, consideran que existen una serie de factores “modificadores” (“shapers”) como la experiencia personal, las normas culturales y sociales o la formación previa que influyen tanto a médic@ como a paciente en su interacción y características propias, véase, por ejemplo, hablar sobre una molestia genital siendo médic@ y paciente de sexos diferentes puede generar cierta incomodidad por parte del/la paciente dado el tabú que supone en nuestra sociedad hablar abiertamente de un problema en tal aparato.

Describen el papel fundamental que tiene el entorno de trabajo, si es uno que posibilite el desarrollo y formación en este modelo y las habilidades que conlleva su ejercicio, al mismo tiempo se acredite y reconozca. O, por el contrario, es un marco que no da un espacio ni unas facilidades para su puesta en práctica en cuyo caso no cabe duda de que su implementación no será posible.

Por último, el factor limitante o promotor más inmediato que es el momento de la consulta en sí. Factores tales como el tiempo, el espacio, las barreras lingüísticas o las interrupciones son determinantes para su puesta en práctica.

A raíz de este planteamiento, podemos inferir las dificultades ante las que se enfrenta la implantación de la MCP.

Dentro de la interacción médic@-paciente:

-Participación activa de l@s pacientes puede ser limitante dado que es un rol al que much@s pueden no estar acostumbrad@s. Se trata de una limitación que puede salvarse, ya que el papel del/la médic@, según define este método, es el de la escucha activa de las necesidades y de la actitud que prefiere tomar el/la paciente. Y, en función de ésta, la/el profesional toma una posición que más se adecue.

Dentro de los factores del entorno profesional podremos encontrar:

-Ausencia de un “espacio seguro”, otro limitante más pero no absoluto. Se puede llevar a cabo el modelo a pesar de que no sean las circunstancias ideales. Se verá mucho más enlentecido y no podrá sacarse todo su potencial.

-Formación, es un paso clave en el proceso. Dado que se requieren ciertas habilidades comunicativas para desarrollarlo y conocer el modelo en sí, sus valores y principios.

-Falta de coordinación y continuidad, nos encontramos en un momento en el que existe una tendencia a la especialización y sobreespecialización en el campo de la Medicina y esto conlleva una pérdida de datos y/o redundancia de los mismos si no preservamos una buena coordinación entre l@s profesionales. Más aún, si no existe continuidad perdemos la perspectiva del individuo, su curso histórico, que aporta muchísima información y además nos permite establecer una “alianza terapéutica” que afianza la búsqueda conjunta de los resultados.

Dentro de los factores de la consulta en sí:

-Tiempo y costes, ¿realmente se necesita emplear más tiempo y dinero en su ejecución?

Más allá de este planteamiento, encontramos otros problemas:

-Falta de concreción y consenso, dificulta la puesta en práctica homogénea y consecuentemente su comparabilidad y estudio de efectividad.

-El método llevado al extremo, sin una base fehaciente.

Sondeo en el Centro de Salud

Siendo conscientes de que el debate sobre el modelo de toma de decisiones en Medicina es controvertido y contemporáneo, decidimos hacer un sondeo en el Centro de Salud en el que me encontraba realizando las prácticas para observar el parecer general dentro de ese contexto.

Se expuso el presente trabajo en una sesión clínica multidisciplinar (7 médic@s, 4 enfermer@s, 2 fisioterapeutas y 1 estudiante) y se realizaron las preguntas siguientes:

1. ¿Qué importancia le da Usted al uso de protocolos en la atención sanitaria?
2. ¿En qué proporción utiliza protocolos en su práctica diaria?
3. ¿Cómo de disponibles tiene instrumentos para la protocolización?
4. ¿Cómo de necesario le parece la individualización del tratamiento, según el planteamiento expuesto?
5. ¿En qué proporción lleva usted la individualización a la práctica?
6. ¿Cómo de disponibles cree que tiene herramientas para llevarla a la práctica?

La respuesta debía valorarse entre 1 y 5, siendo 1 nada, nunca o ninguno y 5 máxima, mucha o siempre. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

1. La mayoría consideró como máxima la importancia o importante el uso de protocolos. El resto lo catalogó de importancia media o ninguna.

6 personas marcaron de importancia máxima = 5

5 personas marcaron importante = 4

3 personas marcaron de importancia media = 3

1 persona marcó nada importante = 1

2. La mayoría hace uso de los mismos en bastante proporción en su práctica diaria. El resto a veces o casi nunca.

9 personas marcaron bastante = 4

3 personas marcaron a veces = 3

2 personas marcaron casi nunca = 2

3. En este caso las percepciones estuvieron divididas entre la disponibilidad de bastantes, algunos o casi ningún instrumento para llevar a cabo la protocolización.

2 personas marcaron muchos = 5

4 personas marcaron bastantes = 4

4 personas marcaron algunos = 3

4 personas marcaron casi ninguno = 2

4. La totalidad del grupo consideró como máxima la necesidad o muy necesario el individualizar los tratamientos.

12 personas marcaron máxima = 5

2 personas marcaron muy necesaria = 4

5. La mayoría considera que hace bastante uso de la individualización en su práctica diaria. Una minoría se reparte entre llevarlo a la práctica a veces o nunca.

1 persona marcó siempre = 5

9 personas marcaron bastante = 4

3 personas marcaron a veces = 3

1 persona marcó nunca = 1

6. Las percepciones de disponibilidad de herramientas para llevar a la práctica la individualización divergen entre bastante, algo y casi nada.

5 personas marcaron bastante = 4

5 personas marcaron algo = 3

4 personas marcaron casi nada = 2

Entrevista con Juan Gervas

-Respecto a la protocolización y la individualización, bajo su punto de vista ¿dónde cree que está situado el sistema médico español actual?

En España todavía persiste el paternalismo médico, como norma, de forma que el paciente es visto como "dependiente" en el sentido de que depende del médico y éste propone respuestas ante el sufrimiento que dependen más del médico que del paciente. Es decir, el médico es poco consciente (y el estudiante y residente no suele ser enseñado al respecto) de que la "relación de agencia"⁴⁶ es la base de la medicina clínica. Por ello lo que predomina es la protocolización, que se suele justificar con "la medicina defensiva" por más que en España las reclamaciones judiciales sean en cantidad irrisoria por comparación con otros países como Estados Unidos. Tal medicina defensiva lleva al cumplimiento estricto de los protocolos, aplicados casi sin ton ni son, como "escudo" que protege con la *lex artis ad hoc*, como si cumplir protocolos justificara la mala atención. Además, muchas veces la aplicación estricta de los protocolos oculta la ignorancia y el miedo ante el manejo de la incertidumbre, y siempre es una "medicina ofensiva".⁴⁷

Por cierto, la protocolización no tiene su origen en la Medicina Basada en Pruebas (Evidencia, dicen) sino en las amplias y no justificables variaciones de la práctica clínica, con los trabajos clásicos de Glover en 1932 y de Wennberg en 1973.^{48,49,50}

La Medicina Basada en Pruebas es posterior, y un instrumento para intentar disminuir la variabilidad injustificada, y dio origen a los protocolos.^{51,52}

En todo caso, la buena aplicación de la Medicina Basada en Pruebas emplea los resultados científicos para tener una base con la que hacer "relación de agencia", no para decidir sin más. Pero eso se suele olvidar.

- ¿Cuánto peso cree que le damos a cada una (protocolización e individualización)?

Lamentablemente, en la práctica el peso carga en la protocolización por mucho que en teoría sea individualización. Diría que 80 contra 20%. Lo peor, en la enseñanza (estudiantes y residentes) la carga es casi del 99% en la protocolización y valores como dignidad, empatía, compasión, cortesía, etc. no se suelen enseñar (ni practicar por profesores-tutores, con las excepciones de rigor). Se enseña la mala medicina que se practica, que se justifica como he señalado con la "medicina defensiva". Lo que se precisaría sería una Medicina Armónica.⁵³

Además, irónicamente, las reclamaciones judiciales y el "estar quemado" se evitan sobre todo con una práctica individualizada, empática y digna.⁵⁴

-En cuanto al desarrollo de la protocolización y la Medicina basada en la evidencia, ¿considera que nos hemos pasado o estamos haciendo un buen uso de la misma?

Nos hemos pasado y hemos abusado. Ya lo avancé en 2002, la Medicina Basada en Pruebas se ha convertido en una tiranía que daña a pacientes y comunidades, y a profesionales y sistema sanitario.⁵⁵ La cosa se complica por la visión ideológica que implica la protocolización, el ver "enfermedad a enfermedad", cuando los pacientes raramente tienen sólo una

enfermedad; pero es lo que conviene a los "expertos", "*key opinion leaders*" e industrias. Lo ha dicho bien John Ioannidis en 2016, el secuestro de la Medicina Basada en Pruebas.⁵⁶

Buen ejemplo del exceso de protocolización sin ciencia en la aplicación rutinaria del "riesgo cardiovascular", cuyo cálculo se estimula incluso con incentivos económicos pese a que no se ha demostrado que mejore la salud.⁵⁷

-Respecto a la individualización, ¿cree que entendimos sus objetivos y los estamos desarrollando bien o, por el contrario, no acabamos de entenderla y lo estamos llevando mal a la práctica?

En mucho, la individualización es puro paternalismo; es decir, es "decisión compartida con el paciente, si el paciente comparte la decisión del médico".

"Atención centrada en el paciente" es, muchas veces, una forma refinada de paternalismo médico que expropia sutilmente la salud.⁵⁸

Como se concluyó en el #SIAPZaragoza: "En teoría, en la toma de decisiones compartidas que evita el paternalismo y respeta la dignidad del paciente, el profesional sanitario aporta sus conocimientos y valores, así como información acerca de los riesgos y beneficios de las intervenciones posibles, mientras que el paciente lo hace con sus valores, preferencias, preocupaciones y su experiencia con el problema de salud".

Pero muchas veces todo esto funciona siempre y cuando el paciente esté de acuerdo con lo que propone el profesional. Por ejemplo, el rechazo a pacientes que no adelgazan, o que tienen dudas vacunales, o que no dejan de fumar, etc.⁵⁹

De hecho, los médicos suelen saber poco de las expectativas, cultura y valores de sus pacientes, por lo que difícilmente pueden "personalizar-individualizar" la atención.

Por otra parte, cabe dudar por ahora de los beneficios en salud de tal aproximación centrada en el paciente; hay poca investigación sobre el impacto en salud, más allá de la satisfacción de pacientes y profesionales.

- ¿Cree que tiene sus riesgos? ¿Cree que ya estamos viendo alguno de ellos?

El mayor riesgo es creer que se está haciendo una medicina personalizada, individualizada, y en realidad seguir siendo paternalistas. También el justificar con esa excusa una variabilidad de la práctica clínica que es injustificable desde el punto de vista científico, ético y profesional.

-Bajo su punto de vista diría que son: ¿complementarios o contradictorios? Y si fueran complementarios, ¿cree que deberíamos hacer algún esfuerzo por integrarlos?

Ambas aproximaciones son complementarias, como va en la propuesta de Medicina Armónica. La clave es tener un gran fundamento científico (formación constante e independiente de industrias) y una práctica "humana", que lleve al reconocimiento de cada paciente como persona distinta en una situación peculiar; de ello se trata el texto citado del #SIAPZaragoza. Lamentablemente, los médicos no saben escuchar, lo que es imprescindible para aunar ambas aproximaciones.⁶⁰

- ¿Hasta qué punto piensa Usted que las y los profesionales de la salud somos conscientes de la repercusión y las implicaciones que tiene cómo llevamos a cabo nuestra práctica diaria?

Seleccionamos erróneamente a estudiantes para la Facultad, erróneamente a residentes para el MIR y erróneamente profesionales para la actividad clínica. Es decir, todo lo que se mide es la aproximación biológica sin ciencia, y eso es lo que conseguimos en la práctica. Hay, pues, escasa o nula reflexión sobre la actividad clínica diaria. Buen ejemplo es este texto sobre "ética de las pequeñas cosas".⁶¹

Con todo, la auto-crítica es mucho mejor que en otras profesiones, como jueces.

Discusión

Cuando comparamos la protocolización y la individualización, realmente nos estamos preguntando cuál es el mejor modelo para la toma de decisiones. Sobra decir que en función del modelo por el cual nos decantemos tendremos una manera de proceder con unos requisitos previos y un impacto posterior.

Protocolizar ayuda a sistematizar acciones. Es decir, en situaciones urgentes, enfermedades de diagnóstico complejo o intervenciones que sean caras o conlleven cierta complejidad en cuanto al riesgo-beneficio es una herramienta útil y facilitadora en la toma de decisiones.

Si nos ceñimos a la definición del modelo del cual emana, la Medicina basada en la evidencia, “es un proceso por el cual la combinación de las cualidades, aptitudes, experiencia y el conocimiento del/la profesional junto con la mejor evidencia disponible en el momento y los valores y las preferencias del/la paciente nos llevarán a una decisión clínica óptima en dicho momento para dicho paciente”, cabe preguntarse: ¿no es lo mismo que busca y defiende la Medicina centrada en el/la paciente y, en última instancia, la individualización?

Las principales diferencias entre ambos modelos y, por ende, entre la protocolización y la individualización de las que venimos hablando son: el enfoque, la perspectiva, la relación médico-paciente y la intención. Éstas consecuentemente tienen un impacto sobre la práctica clínica, la investigación, la formación, la administración...

	<i>MBE-Protocolización</i>	<i>MCP-Individualización</i>
<i>Enfoque</i>	Poblacional	Individual
<i>Perspectiva</i>	Biológica	Biopsicosocial
<i>Relación médico-paciente</i>	Paternalista	Participación mutua
<i>Intención</i>	Beneficencia	Autonomía
<i>Objetivo</i>	Promoción de la salud	Promoción de la salud

Enfoque

La MBE tiene un enfoque poblacional. La llamada Medicina de “talla única” por Sacristán.⁶²

Esto se advierte en la investigación que se lleva a cabo para extraer la evidencia con la cual elaborar recomendaciones, dado que su razonamiento es inductivo. Lo que vemos es que en un estudio poblacional una diferencia estadísticamente significativa no tiene por qué correlacionarse con un cambio clínico relevante.

Por ello el modelo centrado en el/la paciente aboga, en cuanto a los resultados percibidos por los pacientes, que son ellos los que deberían definir qué supone una diferencia, cuándo comienza a considerarse y cuándo acaba.⁶² Ya que dicho modelo considera que, a menudo, se minusvalora la capacidad de autoconocimiento de los pacientes de su propia enfermedad y la importancia que dan a ciertos aspectos de la misma.⁶³

Sostiene que la información recogida en investigaciones es necesaria, pero tanto como la rutinaria recogida día a día en la clínica. Propone una integración de estudios de alta validez interna (ensayos clínicos aleatorizados) y externa (información clínica extraída de la práctica diaria) para desarrollar “terapias individualizadas basadas en la evidencia”.⁶⁴

Defiende la necesidad de estudiar la heterogeneidad y cómo ésta se disipa con el estudio de grandes grupos. Sacristán en una de sus artículos reflexiona: “¿Se necesitan grandes grupos

porque las diferencias entre tratamientos son pequeñas y para mostrarlas o es el hecho de que los grupos sean grandes y heterogéneos lo que muestra que hay pequeñas diferencias entre los tratamientos?”⁶²

Su propuesta es pasar de un razonamiento inductivo a uno hipotético-deductivo, tal y como él define, en el que los ensayos aleatorizados supongan una fase de elaboración de hipótesis y el ejercicio del mismo la fase exploratoria y confirmatoria, si así fuera. Devolviendo la importancia a la observación clínica.

El tipo de investigación en el cual cataloga la MBE es la investigación translacional, el empleo de los resultados de la investigación en la práctica clínica. Este autor apoya que es infructífero en su mayoría. Propone cambiar la dirección y definir la investigación desde la práctica, iniciando estudios a raíz de excepciones o de las necesidades reales en la práctica diaria.⁶²

De hecho, ya existen organismos como el *PCORI (Patient Centered Outcomes Research Institute)*, una agencia federal cuyos estudios están diseñados con respecto a la MCP, priorizan el enfoque individual en el diseño de los estudios que realizan.²⁵ Tal enfoque es llevado a la investigación gracias a la introducción de criterios clínicos medibles centrados en la/el paciente como calidad de vida, funcionalidad, grado de satisfacción, etc., los conocidos como *PRO (Patient Reported Outcomes)*. O el “*decisional analysis*”, una herramienta para valorar la utilidad y la costo-eficacia de los estudios desde la perspectiva de los valores y las preferencias de l@s pacientes.¹⁷

Podría defenderse que ya se está realizando un estudio de la heterogeneidad con la estratificación en subgrupos. El problema de los estudios de subgrupos es que tienen una tendencia a la homogeneización⁶³ que les lleva a formalizarse en función de un solo criterio de poca relevancia para l@s pacientes como la edad, el sexo, su proceso...⁶² Los criterios de inclusión de los estudios conllevan que la representatividad del grupo a estudio es muy pequeña en comparación al colectivo de pacientes que un@ se puede encontrar en consulta. Las características que podrían enriquecer el estudio de subgrupos, a menudo, es considerada como factor de confusión y promueve la exclusión de dich@s pacientes.¹²

De modo que, los tratamientos están diseñados para grupos poblacionales en los que solo un pequeño subgrupo se beneficia de sus ventajas y el resto sufre los inconvenientes. Además de suponer un mayor coste, pues necesitamos tratar a 1000 para que se beneficien 10. Nuestra pregunta entonces es: ¿cómo hacemos para afinar la terapia y solo tratar a esos 100?⁴⁴

Más aun, estamos extrapolando resultados y esto supone un gran grado de incertidumbre sobre lo que ocurrirá en muchos grupos: ancian@s, comorbilidad, niño@s, mujeres, razas no caucásicas...^{44,63}

Por otra parte, es innegable la influencia que tiene la necesidad de publicar de l@s investigador@s al igual que la de vender de las industrias farmacéuticas sobre los temas de investigación e inversión, en definitiva. Los intereses subrepticios de amb@s no se pueden obviar.⁴⁸

Hemos llegado a un punto en el que los intereses particulares han monopolizado la investigación. Los conflictos de intereses dirigen el rumbo de las terapias futuras. Los mismos laboratorios que describen los beneficios y bondades de un tratamiento son los que lo fabrican y deciden la dosis recomendable a administrar.

Según Greenhalgh la MBE ha pasado de estudiar las enfermedades ya conocidas a tratar las inexistentes.⁶⁵ Nos encontramos, en cierta manera, con el concepto de la obsolescencia programada en el ámbito de la Medicina. Cuando los intereses económicos rigen la investigación y se crea la necesidad de sacar un nuevo fármaco con pequeñas modificaciones cada poco tiempo que fuerce al recambio del anterior, en vez de una investigación consciente, consecuente y sensible a los verdaderos intereses de l@s pacientes.

Y, por último, en cuanto a la investigación la mayoría de los ensayos clínicos no se llevan a cabo en un ámbito clínico.⁶⁵ Lo cual implica que la falta de comparabilidad con la consulta haga que los resultados sean impracticables o inútiles. El llevarse a cabo en escenarios tan controlados con circunstancias idílicas y poblaciones tan acotadas no permite extrapolar los resultados a la práctica diaria y si así lo hacemos es un acto imprudente debido a la incertidumbre.

Como estamos viendo, las limitaciones de la MBE en muchas ocasiones son prácticas (falta de investigación infantil, quirúrgica, conflictos de intereses, etc.).⁶⁶

Perspectiva

La perspectiva biológica de la MBE queda reflejada, por una parte, en la investigación. Dado que está orientada al estudio de la enfermedad, no del/la paciente. Por ello, autores como Sweeney afirman que es una medicina orientada al/la médic@ porque la evidencia va dirigida al estudio de la enfermedad y a la interpretación que la/el mism@ pueda hacer de ella. No tiene en consideración la otra parte, paciente.

Y considera que se debiera tener en cuenta tres dimensiones: la evidencia estadística, aquella que emana de los ensayos clínicos aleatorizados y otros estudios; la evidencia clínica, aquella adquirida con el ejercicio de la Medicina en la práctica y, añade, la personal, aquella que proviene de la vivencia personal del/la paciente.¹²

Paralelamente, se ha promovido para evitar el más que conocido síndrome de “Burnout” el tomar distancia con respecto a las emociones y el sufrimiento de l@s pacientes, pero se ha llevado a tal extremo que como profesionales no tratamos personas sino cuerpos, órganos, extremidades, etc. El planteamiento centrado en el/la paciente asume que el distanciamiento que se busca para evitar que la relación no se vuelva contraproducente no supone la negación de las emociones como sistema de protección.⁶⁷

La individualización defiende la frase de McCormick “tan importante es conocer la enfermedad que tiene el paciente como al paciente que padece dicha enfermedad”.¹²

Relación médic@-paciente

Este punto es determinante en el modelo de toma de decisiones.

La protocolización y, en esencia, la MBE no proponen ni circunscriben en su toma de decisiones el tipo de relación médic@-paciente (RMP) de la que hacer uso. Pero la tendencia en su puesta en práctica ha sido el modelo paternalista. De modo que, aunque asumimos que protocolización y paternalismo no están necesariamente vinculados, procederemos a comparar dicho modelo con el de la individualización-participación mutua por ser el más comúnmente utilizado en la práctica.

Históricamente la relación médic@-paciente se basaba en un ejercicio de confianza ciega por parte de l@s pacientes hacia las competencias, conocimientos y buenas intenciones de l@s médic@s, sometiéndose a su autoridad.^{68,69}

El término “paciente” manifiesta en sí mismo estos orígenes, la figura de la persona afecta que atendía con paciencia la acción del/la médic@.

Desde el punto de vista de l@s profesionales, antes se consideraba a l@s pacientes demasiado ignorantes como para formar parte en la toma de decisiones sobre su salud.

Estos motivos junto con otros han hecho que a nivel político, social y económico l@s médic@s se hayan ido alejando de l@s pacientes. Esta distancia, que ha ido en aumento, ha conllevado un deterioro en la RMP convirtiéndola en una mera transacción y negociación, haciéndola cada vez más fría y remota.¹⁸

La MCP y la tendencia a la individualización podría considerarse que se inicia acompañando al movimiento por los derechos de l@s pacientes en 1960. Poco después vendría el nacimiento de las políticas médicas centradas en la/el paciente con la aparición del consentimiento informado (aunque algun@s defienden que apareció más por proteccionismo médico que por el interés de involucrar a l@s pacientes), en 1970.¹⁷

Pero, ¿por qué este creciente interés sobre tomar las riendas de nuestra propia salud como pacientes? Asistimos a una época en que l@s pacientes tienen una necesidad imperante de saber más: sobre sí mismo, sobre la salud, sobre su diagnóstico, sobre su pronóstico.¹⁷

Para explicarlo los argumentos propuestos van desde la consideración de la salud como servicio y a l@s pacientes como consumidor@s. Con la frase “Nada de mí sin mí” como emblema.^{17,62}

Hasta la respuesta a la mala praxis, pasando por considerarse una solución a la lucha contra la incertidumbre por parte de l@s pacientes en la Medicina.¹⁷

De hecho, ya ha quedado plasmado en estudios como más del 50% de los casos de demandas son debidas a una relación problemática con el/la/l@s médic@s y la mayoría de l@s pacientes relata la noción de la falta de interés por parte de sus médic@s, así como la falta de reconocimiento en la toma de decisiones (no se les toma en cuenta).⁷⁰

La introducción y desarrollo de un método como el basado en el/la paciente ha promovido y promueve el paso del cumplimiento a la concordancia. De un sistema autoritario-impositivo a uno coordinado-equitativo.⁴³ Esto supone una formación previa del/la paciente para una correcta toma de decisiones. De ahí que según la MCP la/el médic@ sea considerad@ la bisagra que se encarga de comunicar el mundo médico con las necesidades y los valores del/la paciente.¹⁸

La investigación en cuanto a los tipos de relación y los modelos de comunicación en consulta y los resultados que engendran aún están en ciernes, pero los estudios preliminares que se vienen haciendo al modelo centrado en la/el paciente ya apuntan hacia sus beneficios.²⁵

Intención

De nuevo, la protocolización y la MBE no tratan per se su intencionalidad, pero por uso, consideramos la beneficencia como rasgo característico del cual ha venido de la mano. Mientras que la individualización y la MCP se caracterizan por el fomento de la autonomía.

La mayor crítica que ha recibido a este respecto el modelo centrado en el/la paciente es que ést@s no estén dispuest@s a asumir dicha autonomía, el miedo a que el control en la toma de decisiones recaiga sobre personas que no lo quieren o que no están formadas suficientemente como para tomar sus propias decisiones.¹⁷

Hablar de intencionalidad nos obliga a hablar de la responsabilidad. En el caso de la MCP para llegar a dicha autonomía es necesario un proceso previo de responsabilización por parte de l@s pacientes. Las dificultades del mismo ya han sido estudiadas:

- el nivel educativo: la necesidad de formar a l@s pacientes para que puedan dar su opinión en igualdad de condiciones

- y la entereza para asumir el nivel de incertidumbre que rodea los tratamientos, métodos diagnósticos, pronósticos...en resumen, la Medicina. Supone un cambio entre la falsa seguridad que da la inconsciencia y la incertidumbre que da el conocimiento.⁴³

Con esto se pretende que sean capaces de expresar sus prioridades y para ello se deben haber detectado y organizado previamente.⁶²

Más allá de estos cuatro aspectos principales en los que difieren ambos modelos, cada uno ha aportado una serie de ventajas y tiene inconvenientes.

En un repaso, hemos de reseñar el grandísimo impacto y cambio que ha supuesto el desarrollo de la MBE y la protocolización, considerada según l@s expert@s de la BMJ como uno de los 15 avances más importantes de la Medicina.⁷¹

Se trata de un modelo y herramienta que ahorra tiempo y dinero, da una garantía de calidad y cierta seguridad.

- Seguridad dado que la introducción de las guías, los protocolos y algoritmos supone un giro en la toma de decisiones que se traslada de la consulta a los grupos profesionales en el ámbito de asociaciones y/o sociedades médicas. Así como la responsabilidad pasa de ser individual a colectiva pues la decisión viene respaldada por un documento que ratifica dicha recomendación. Si recibiera demandas legales por mala praxis tendría una justificación que lo protegería, dado que la responsabilidad pasa a ser distribuida entre tod@s aquell@s que elaboraron el protocolo. Seguridad debería darle al/la paciente también porque el trato ya no será tan “operari@-dependiente” puesto que las recomendaciones están hechas y solo queda ponerlas en práctica, tiene una garantía de calidad.^{12,72,73}

- Ahorra tiempo porque es una fuente de información centralizada, es el resultado del análisis y la síntesis de la última evidencia disponible y de mejor calidad. Supone un avance tecnológico. Se crean bases de datos y buscadores que filtran la información predigerida y adaptada para ser más comprensible, utilizable y accesibles a l@s profesionales y a l@s creadores de políticas de salud.⁷⁴

Ya, hoy día, disponemos de sistemas de alerta gratuitos que podemos individualizar para que nos avisen de las nuevas publicaciones relevantes para nuestra práctica. Incluso existen checklist para evaluar estos sistemas y la información que nos ofertan.⁶⁶

- Ahorra dinero porque su intención es efectivizar al máximo el acto médico. Aumenta su eficacia y disminuye sus costes para poder suprimir aquellas decisiones que no reporten

beneficios significativos y supongan un gasto innecesario.⁷³ Así como ayuda y justifica el empleo de nuevas tecnologías.⁷²

A nivel formativo tiene un gran potencial, ya que es una forma de acceso al conocimiento más actual de manera súper sintetizada.⁷⁵ Pero el acercamiento a los protocolos y la protocolización en sí misma requiere cierta formación. Sus fundamentos teóricos provienen del método basado en la evidencia, esto implica la necesidad de ciertas aptitudes como son el “ojo crítico” o, lo que es lo mismo, la habilidad de poner en contradicho aquello que se nos propone y buscar fuentes de evidencia sólida para contrastar. Para ello, es necesario unos conocimientos mínimos de Bioestadística dado que esas fuentes son estudios o ensayos clínicos cuyos resultados y metodología es necesario interpretar y evaluar para sacar conclusiones.

La protocolización, a su vez, permite la homogeneización interprofesional e interinstitucional.⁷³ Esto implica un fomento en la igualdad al acceso a la salud, misma calidad garantizada independientemente del centro y del/la sanitari@. Al mismo tiempo, facilita la comparabilidad en tiempo y espacio. Como hemos comentado, se trata de un sistema basado en la evidencia, por tanto, uno de sus objetivos es el de evaluar constantemente si esos avances reportan los beneficios que se esperan. Homogeneizar permite hacer comparables los procedimientos entre diferentes centros y a lo largo de diferentes épocas para estudiar las variables que pudieran mejorar su efectividad y, de esta manera, introducirlas entre las recomendaciones del mismo protocolo.⁷²

De modo que un protocolo es un documento en constante construcción.⁷⁶ Si se hace un buen uso del mismo, permite aportar y extraer conclusiones al mismo tiempo, generando conocimiento. Es maleable, gracias a los métodos de cuantificación de resultados y a la posibilidad de modificación por parte de sus usuari@s.⁷³

Podríamos considerarlo como un nexo de unión o aproximación entre el campo de la investigación biomédica y la práctica diaria (“traslación de conocimiento”).⁶⁶ Pues se encarga de introducir los nuevos avances científicos y tecnológicos en las clínicas. En teoría, su intención es aquella de acelerar este proceso de introducción y asimilación de nuevos conocimientos en la práctica diaria. Requiere que l@s profesionales estén abiert@s a innovar con aquellos probados como mejores y abandonen aquel anticuado y cuya eficacia no ha sido demostrada.⁷⁷

A nivel organizativo, la protocolización colabora en la priorización y planificación de la asistencia médica. Se encarga de detectar aquellos procesos o temas que, por cuestión de incidencia, riesgo, beneficio, seguridad u otros criterios, suponga de mayor importancia para la población y se encarga de sistematizar su aproximación para efectivizarla. Por esto mismo, también podemos considerar que colabora en la promoción de la salud.⁷⁵ Pues se encarga de informar a l@s profesionales sobre aquellos temas de mayor prioridad y, según el formato en el que se presente, a la población. Hablamos entonces de protocolos de promoción de la salud con formatos en forma de folletos adaptados para la educación en salud.⁴ Éstos también forman parte de la protocolización.

Ahora bien, si la protocolización aporta todas las ventajas que venimos explicando ¿por qué se pone en contradicho?

Dentro de este ideal teórico que propone la protocolización encontramos ciertas fallas. Fallas tales como la falta de concreción en cuanto al modo de elaboración y el de implementación de estos protocolos.⁷⁴ La implementación ha sido mucho menos desarrollada en general e incluso menos evaluada. Aún a sabiendas de su importancia primordial. Las estrategias de implementación unas veces han sido escasas, otras inexistentes. Asumiéndose que los esfuerzos por generar resultados en la salud superan a la propuesta de la guía o protocolo y que deben ser asumidos por la organización o la/el profesional que desee implementarlo.⁷⁵

Esto acaba favoreciendo su desuso y merma la comparabilidad interinstitucional.⁴⁸ Pues se manejan criterios diferentes para la elaboración que fomentan la heterogeneidad dentro de la misma protocolización. Sumado a que, en el proceso mismo de protocolizar, se pretende dirigir tales documentos a poblaciones concretas para aumentar su eficacia, disminuye aún más su comparabilidad.

En cuanto al ahorro de tiempo que promete, es tiempo que se acaba empleando en la formación. Para adquirir cierto conocimiento de las guías y protocolos y soltura a la hora de interpretarlos y aplicarlos. La falta de tiempo de l@s profesionales es la que acaba abocando al mal uso o desuso de estas herramientas.⁴⁸ Ya que no se conocen suficientemente, no se es capaz de interpretar apropiadamente y no se aprovecha todo su potencial. Esto es, su capacidad de evaluación y con ella de creación de conocimiento.

Una cualidad primordial que no debemos ignorar en este método es su relación con la investigación. La introducción de los nuevos avances que promete está sujeta al conocimiento que generan las industrias tecnológicas, científicas y farmacéuticas.¹⁰ Que no dejan de ser empresas con intereses económicos y en el mejor de los casos, tratándose de empresas públicas, también existen intereses personales de l@s investigadores como son el de publicar dado que es de aquello de lo que viven. De modo que la presencia de estos intereses, y si sumamos la falta de criterio, podría llevarnos a hacer recomendaciones que ni mucho menos datarían sobre los temas de mayor importancia para la población, que no reportarían los beneficios ni reducirían los inconvenientes que prometen y que no supusieran un ahorro en el gasto sanitario.

Y, por último, la crítica más conocida de la protocolización, su tendencia al simplismo.^{73,71} Frecuentemente ha sido repudiada por su intención de reducir el papel del/la médic@ al del/la autómat@. Los protocolos son considerados como “libros de cocina” en los que las habilidades del/la usuari@ que lo emplee no intervienen.⁷¹ Esto no sería estrictamente así ya que, como venimos viendo, no sería posible un buen uso de la protocolización sin una formación, reflexión y evaluación crítica de base.

Como respuesta y propuesta a este sistema encontramos la individualización representada en modelo por la Medicina centrada en la/el paciente (MCP).

Las mayores diferencias que aporta este método es la comprensión de la persona, el concepto de la enfermedad, la reivindicación de su papel en la toma de decisiones y,

consecuentemente, las implicaciones que esto tiene en la investigación, la práctica y la formación.

Se entiende que la persona cuando enferma no solo se afecta de manera biológica, sino que existe una afectación de la esfera psicológica, social, económica y cultural.¹³ No niega la afectividad ni las emociones.¹⁶ Se sabe que no todas las enfermedades afectan de igual forma ni de la misma manera a todas las personas, por lo que promueve no desdeñar ni desatender ese impacto sobre la persona.

Dota de una gran importancia a la relación médic@-paciente y a la continuidad de la misma. Propone la creación de una “alianza terapéutica” en la cual se empodere al/la paciente para que la toma de decisiones sea compartida.¹³ Esto supone una mayor comprensión por parte de l@s pacientes tanto del proceso por el que se encuentran pasando como del funcionamiento del sistema sanitario, lo que aumenta su sensación de satisfacción y alivio con respecto a su estado y a la figura que les acompaña en este “camino”, la/el médic@.⁴¹

Por tanto, la responsabilidad es compartida y el problema de la seguridad jurídica contra el que nos enfrentábamos previamente y para el que hemos desarrollado una “Medicina defensiva” a través de la creación de documentos con los que escudarnos ya está resuelto.

Al mismo tiempo, promueve la adherencia^{42,43,44} de l@s pacientes y la reevaluación del estado de l@s mism@s¹⁶, con que reducimos los gastos en pruebas y exámenes complementarios inútiles.

Este sistema promueve el autocuidado y la prevención, dicha alianza permite la detección temprana de factores de riesgo y enfermedades en estadios iniciales o emergentes.¹⁶

Pero, al igual que con la protocolización, este método no es perfecto. Aún se encuentra en ciernes de concretarse e implantarse. De la misma forma que le ocurría a la protocolización no existe un método sistematizado de implantación de estas ideas. Por otra parte, dentro de esta misma teoría existen diferentes corrientes con diferentes matices, por lo que el estudio de su efectividad es muy complejo por su falta de comparabilidad.¹²

Se rechaza este planteamiento bajo el amparo de la falta de tiempo y de preparación. Nos encontramos buscando un modelo que mejore la calidad de la atención sanitaria, pero esto no es sinónimo de aumentar los tiempos si el tiempo que se tiene no se aprovecha.²⁵

En cuanto a la preparación, se refiere tanto a aquella del personal sanitario como de l@s pacientes. De l@s profesionales dado que requiere una formación previa y el desarrollo de ciertas habilidades y de l@s pacientes porque, históricamente, se ha tendido a someterles bajo la figura de autoridad del/la médic@ y se defiende que no se encuentran preparad@s ni dispuest@s.

Por tanto, si como hemos visto, la protocolización promueve el rigor científico y fomenta el pensamiento crítico⁷⁷ para garantizar la mayor seguridad y efectividad posible y la individualización procura que las necesidades y prioridades de l@s pacientes no queden desatendidas dotándoles de voz y voto en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su porvenir.

No estamos hablando de un enfrentamiento de teorías o métodos. Sino que ambos planteamientos tienen una serie de carencias que pueden ser complementadas por el otro.

Actualmente, ya existen aproximaciones que tratan de aplicar ambos métodos para sacar su máximo potencial. Es el caso del asma bronquial, una de las patologías crónicas con peor adherencia. Solo entre el 8 y el 13% de l@s afect@s que recogió los medicamentos de su receta una primera vez continúan haciéndolo al año y de entre és@s tan solo toman el 50% de las dosis recomendadas. La pobre adherencia a los corticoides inhalados está sujeta a un mayor número de visitas por crisis agudas, mayor número de exacerbaciones, una mayor prescripción y consumo de corticoides orales y el aumento de la morbilidad por el mal control del asma. Consecuentemente, se decidió desarrollar un sistema colaborativo basado en la evidencia y centrado en el/la paciente que pretende aumentar la adherencia y ser aplicable al/la profesional individualmente, al grupo y/o al sistema sanitario a través de la educación en salud y la toma de decisiones compartida.

A través del uso y adaptación de las medidas de control y la educación en la patología se ha conseguido aumentar la autoeficacia que es uno de los factores fundamentales que determinan la adherencia y, por tanto, esta misma también.⁷⁸

Reflexión final

(En este apartado expondré unas breves y necesarias consideraciones personales al hilo del trabajo con las cuales pretendo incitar a la reflexión.)

Disertar sobre el modelo de toma de decisiones en Medicina nos lleva involuntariamente a plantearnos muchas otras preguntas, dada su relación y las consecuencias que genera en la sociedad.

Tales como, ¿por qué es necesaria una corriente médica centrada en el/la paciente cuando teóricamente la Medicina por definición está orientada al/la paciente? ¿Cómo puede ser que la investigación, los avances tecnológicos, las políticas de salud, los recursos económicos... estén todos ellos, o en gran parte, volcados hacia l@s pacientes y, aun así, haya surgido un movimiento que reivindique eso mismo? Si consideramos la Medicina como una ciencia consagrada al cuidado de l@s pacientes, la MCP es un concepto redundante en sí mismo.^{12,17}

La Medicina no es una ciencia exacta. El intento por objetivar la realidad y el funcionamiento de las personas no lleva solo a error sino a frustración y decepción. Si, además, desarrollamos una vía de aproximación a una patología, no a una persona, y la consideramos “la válida”. Nos encontramos, en cierto modo, imponiendo un “régimen de la verdad”. Una versión de la verdad institucionalizada, totalmente regida y controlada, como describía Foucault.⁷⁹ Sobra decir que cualquier método llevado al extremo, sin atender a alternativas o aportaciones, pierde su sentido y coherencia.

La Medicina es un arte, no solo una ciencia. Llevada a la práctica sin humanidad, sin el reconocimiento de la individualidad de la persona y su respeto genera un trato aberrante y deshumanizado.⁷¹

La tendencia de la sociedad occidental a la diversificación y reparto de las tareas para una mejor organización y garantías ha supuesto una pérdida de conocimiento por parte de la población y el origen de la dependencia. Es decir, delegar el saber en terceras personas hace que nos convirtamos en completos ignorantes con respecto a dichos temas y tengamos una dependencia de estas mismas. En cuanto a la salud, delegamos a tal punto el saber que no nos conocemos a nosotr@s mism@s, nuestro cuerpo, nuestro ritmo, nuestro funcionamiento. Nos convertimos y nos convierte el sistema establecido en ignorantes que deben hacer un ejercicio de confianza y fe ciega en la figura del/la médic@.

No debemos vernos como víctimas del sistema pues el sistema lo construimos nosotr@s y por tanto tenemos el poder de revertirlo.⁷⁹ Con ello, quiero remarcar que, si esta situación se perpetua es, en parte, por la falta de consciencia de la misma y la falta de iniciativa propia. Si decidimos desresponsabilizarnos de nuestra salud, nos estamos dejando llevar por el sistema médico actual reinante y nos infantilizamos. La salud, desgraciadamente, es un privilegio que no todo el mundo tiene, su cuidado es una responsabilidad individual y el acceso a los servicios sanitarios es lo que debería ser un derecho.

Es evidente que el delegar es una tentación golosa. Tener un sentimiento de seguridad que te dice que te puedes dejar llevar y harán el bien por ti. Y en teoría así debiera ser, o eso

prometemos con el Juramento hipocrático, pero la práctica no siempre se corresponde. Existe, a su vez, una tentación para el/la médic@ y es ese mismo conocimiento, que le dota de un poder por el cual se le reconoce y premia. Pero del cual si hace un mal uso puede causar y causa un gran perjuicio.⁶³

Por tanto, es también responsabilidad de cada profesional decidir si perpetuar la Medicina como sistema de expropiación de los cuerpos de l@s pacientes y si estar abiert@s a la recuperación de la autonomía por parte de l@s mism@s.

Por otra parte, la especialización y superespecialización de l@s profesionales que estamos presenciando y, cada vez más, promoviendo puede ser positiva, pero no nos puede hacer perder la perspectiva. Centrarnos y ser expert@s en la molécula no nos debe hacer olvidar a la persona a la cual pertenece con sus valores, preferencias y contexto.

Luego, estamos viendo que la Medicina no está desvinculada de la realidad. Por lo que el cambio y el progreso de la sociedad repercute sobre ella y las relaciones que establecemos en su seno, así como l@s profesionales con su quehacer tienen un impacto sobre la sociedad.

De ahí que debamos como médic@s tener una capacidad de adaptación y de conexión con el entorno. Pues nos va a plantear dificultades y prestar ayudas. Pongamos como ejemplo las nuevas tecnologías, obviar el papel y las repercusiones de las mismas en la sociedad y en la salud es obsecarse. Como médic@s deberemos ser conscientes del mal uso que se le puede dar a dichas herramientas y de las ventajas que nos brindan en el ejercicio de nuestra profesión.^{18,80}

Llegad@s a este punto, cabe preguntarse: ¿cuáles son las competencias del/la médic@ entonces? Y, ¿hasta qué punto debemos implicarnos en el cuidado de l@s pacientes? ¿La educación en salud nos corresponde a nosotr@s como médic@s o deben ser otr@s profesionales quienes se encarguen? Y esto con la educación sanitaria, pero con respecto a otros muchos temas podríamos hacernos la misma pregunta que se resume en: ¿dónde están los límites de nuestra profesión?

Hacer diagnósticos y prescribir tratamientos solo es el principio del cuidado.^{44,67} Abnegarse a lo que se puede hacer más allá es asumir que tu profesión es la de un/a médic@ autómatas.

Debemos asumir que la/el médic@ en sí mismo juega un rol en la vivencia de la enfermedad, en muchas ocasiones es el alivio y el amparo que genera el mero acompañamiento de la persona en su proceso.

De modo que, no creo poder dar una respuesta a esta pregunta, pero lo que sí tengo claro es que l@s médic@s tenemos una repercusión social y una responsabilidad moral.

Las grabamos en nuestra forma de ejercer la Medicina, por lo que una reflexión como la que venimos haciendo sobre el modelo de toma de decisiones son algo más que necesarios. Todo método tiene sus aportaciones positivas y sus carencias. No existe un modelo perfecto, pero lo que sí está claro es que no puede existir un ejercicio de la profesión según cualquier método que no venga respaldado de una reflexión previa.

Por ello, considero que tod@ profesional debiera ganar consciencia de esto mismo y hacerse preguntas tales como: ¿Qué tipo de Medicina quiero ejercer? ¿A qué quiero responder? ¿Quiero tratar con personas o con enfermedades? ¿Nuestro objetivo es la eficiencia o el cuidado? ¿Es necesario sacrificar uno en pro del otro?

Por último, me gustaría acabar esta reflexión con una afirmación de Milleston de la cual creo que debiéramos ser conscientes: ni la Medicina basada en la evidencia ni la Medicina centrada en la/el paciente nos sacarán de apuros porque la mercantilización de la Medicina no permitirá ninguna de ambas.⁶⁵

Conclusiones

- Debemos entender la protocolización como una herramienta facilitadora muy eficiente para mejorar la calidad de la atención y promover la salud y no caer en la visión de la misma como una limitación de la libertad en el ejercicio de la profesión ni una sobresimplificación del mismo.
- La exploración y cuidado de los aspectos psicosociales son necesarios y generan beneficios para la prevención y el porvenir favorable de la persona.
- El fomento de la autonomía, a través de la responsabilización de l@s pacientes y la educación en salud junto con la toma de decisiones conjuntas pueden reportar y ya están obteniendo resultados muy beneficiosos.
- Un cambio en el tipo de investigación llevado a cabo mayoritariamente es necesario si queremos responder a las necesidades de l@s pacientes.
- La individualización y la protocolización son complementarias. Ambas enriquecen la Medicina con su aproximación humana y crítica, respectivamente.

Agradecimientos

Me gustaría acabar este trabajo reconociendo y agradeciendo a ciertas personas que han sido para mí decisivas y valiosísimas.

A mi madre, mi padre y mis herman@s, por recordarme que la vida es más que la Medicina cuando me desbordaba.

A mis amig@s de la carrera, por ser mi fuente de apoyo y cariño durante estos 6 años.

A las personas que he conocido y con las que he tenido la suerte de coincidir gracias a AJIEMCA e IFMSA-Spain.

A estos espacios, por alimentar mi sed de ir más allá del conocimiento que nos brinda la Universidad.

A l@s profesionales del Centro de Salud Camargo Costa de Maliaño, por su amabilidad en recibir el proyecto de este trabajo, por su colaboración al participar en la encuesta que se les propuso y, especialmente, por la pasión con la que me han transmitido el quehacer médico y su profesionalidad.

Al Dr. Juan Gervas, por aceptar sin reservas la entrevista, por su entusiasmo y perseverancia, gracias por ser un ejemplo.

Por último, y no por ello menos importante, agradecer a Francisco Javier Adín Ibarra por proponer este tema de trabajo y darme la libertad de imprimir mi esencia en la elaboración y redacción del mismo, así como ser un apoyo en mis momentos de duda e inseguridad.

Bibliografía

1. C. Mellis. Evidence-based medicine: What has happened in the past 50 years? *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2015; 51: 65–68.
2. Sur RL, Dahm P. History of evidence-based medicine. *Indian J Urol* 2011; 27: 487-9.
3. A.K. Akobeng. Principles of Evidence based Medicine. *Archives of Disease in Childhood*. 2005; 90 (8): 837-840
4. T. Pantoja, M. Soto. Guías de práctica clínica: una introducción a su elaboración e implementación. *Rev Med Chile* 2014; 142: 98-104.
5. J L Mayorga Butrón, L Velasco Hidalgo, F J Ochoa-Carrillo. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia, cerrando la brecha entre el conocimiento científico y la toma de decisiones clínicas. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2015; 14(6): 329-334.
6. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B y Soria-Aledo V. Sistema GRADE: clasificación de la calidad de la evidencia y graduación de la fuerza de la recomendación. *Cir Esp* 2014; 92 (2): 82-88.
7. Li et al. A new scale for the evaluation of clinical practice guidelines applicability: development and appraisal. *Implementation Science*. 2018; 13 (61): 1-9.
8. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines *BMJ* 2016;352:i1152 <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1152>
9. Marqués F, Gallego MI. Protocolos Médicos y Enfoque de Riesgo. *La Revista (zurichprevencion.com)*. 2002; 2: 23-46.
10. J. A. Sacristán. Medicina centrada en el paciente, medicina personalizada y medicina de precisión: ¿de qué estamos hablando? Coord. por: J. A. Sacristán, J. Millán, J. A. Gutiérrez. Unión Editorial: Fundación Lilly. Medicina centrada en el paciente: reflexiones a la carta. 1ª ed. España: Unión Editorial: Fundación Lilly; 2018. p35-41.
11. E.M. Castro, et al., Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review, *Patient Educ Couns* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
12. J. Bensing. Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*. 2000; 39: 17 – 25.
13. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51: 1087-110.
14. Planning Committee of the Royal College of Physicians. Report on medical education. Royal College of Physicians; 1944. pp. 22-31.

15. G.L. Engel, The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science* 196 (1977) 129–136.
16. M. A. Suarez Cuba. Medicina centrada en el paciente. *Rev Med La Paz*. 2012; 18(1): 67-72
17. C Laine, F Davidoff. Patient-Centered Medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996; 275 (2): 152-156.
18. R. Kaba, P. Sooriakumaran. The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*. 2007; 5: 57-65
19. Szasz T, Hollender M. A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Arch Int Med* 1956; 97: 585-92.
20. Hellin T. The Physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia* 2002; 8: 450-4.
21. Degner LF, Kirstjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, O'Neil J, Bilodeau B, Watson P, Mueller B. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *J Am Med Assoc* 1997; 277: 1485–92.
22. Jones G. Prescribing and taking medicines. *Brit Med J* 2003; 327: 819.
23. Coulter A. Paternalism or partnership? *Brit Med J* 1999; 319: 719–20.
24. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care. *Brit Med J* 2001; 322: 443–5.
25. J.N. Fuertes, et al., The physician-patient working alliance: Theory, research, and future possibilities, *Patient Educ Couns* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.018>
26. Smith R. Communicating risk: the main work of a doctor. *Brit Med J* 2003; 327.
27. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JR, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical out-patients. *Brit Med J* 1975; 2: 486–9.
28. Barry C, et al. Patients unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *Brit Med J* 2000; 320: 484–8.
29. Tate P. The doctor's communication handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press; 2003.
30. Britten N, Stevenson F, Barry C, Barber N, Bradley C. Misunderstandings in general practice prescribing decisions: qualitative study. *Brit Med J* 2000; 320: 1246–50.
- 31.K. Taylor. Paternalism, participation and partnership—The evolution of patient centeredness in the consultation. *Patient Education and Counseling*. 2009; 74: 150–155.

32. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for a patient-centered approach to consultation in primary care; observational study. *Brit Med J* 2001; 322: 468–72.
33. Winefield H, Murrell T, Clifford J, Farmer E. The usefulness of distinguishing different types of general practice consultation, or are needed skills always the same? *Fam Pract* 1995; 12: 402–7.
34. Launer J. A narrative approach to mental health in general practice. *Brit Med J* 1999; 318: 17–9.
35. Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient centeredness of consultations and outcome in primary care. *BJGP* 2000; 49: 711–6.
36. R. Rowe, M. Calnan, Trust relations in health care-the new agenda, *Eur. J. Public Health* (2006) 4–6, doi:<http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckl004>.
37. Coulter A. What do patients and the public want from primary care? *Brit Med J* 2005; 331: 1199–200.
38. L.A. Anderson, R.F. Dedrick, Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships, *Psychol Rep* 67 (Suppl. 3); 1990: 1091–1100.
39. S.J. Potter, J.B. McKinlay, From a relationship to encounter: an examination of longitudinal and lateral dimensions in the doctor-patient relationship, *Social Science & Medicine* 2005; 61 (2): 465–479.
40. David H. Thom, et al., Patient trust in the physician: relationship to patient requests, *Fam Pract* 2002; 19 (5): 476–483.
41. J.N. Fuertes, A. Mislouack, J. Bennett, L. Paul, T.C. Gilbert, G. Fontan, L.S. Boylan, The physician-patient working alliance, *Patient Educ Couns* 2007; 66: 29–36.
42. Ngaire Kerse, Stephen Buetow, Arch G. Mainous III, Gregory Young, Gregor Coster, Bruce Arroll. Physician-Patient Relationship and Medication Compliance: A Primary Care Investigation. *Annals of Family Medicine*. 2004; 2 (5): 455-461.
43. Marinker M. From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking. *Brit Med J* 1997; 314: 747–8.
44. Finlay A. McAlister MD MSc, Andreas Laupacis MD MSc, Paul W. Armstrong MD. Finding the right balance between precision medicine and personalized care. *CMAJ* 2017; 189: 1065-1068.
45. C. Feste, R.M. Anderson. Empowerment: from philosophy to practice. *Patient Educ Couns* 1995; 26: 139-144.
46. Gervas J. Contraseñas del buen médico. En *El Mirador (Acta Sanitaria)* 2016. Consulta en: <https://www.actasanitaria.com/contrasenas-del-buen-medico/>

47. Gervas J. Medicina ofensiva (no defensiva). En El Mirador (Acta Sanitaria) 2014. Consulta en: <https://www.actasanitaria.com/medicina-ofensiva-defensiva/>
48. Bernal-Delgado E. Revisando casos de variabilidad injustificada en la práctica médica... con lecciones útiles para la gestión [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2012. Consulta en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500660/n7.6_Revisando_casos_de_variabilidad.pdf
49. Atlas de variaciones en la práctica médica en el Sistema Nacional de Salud. <http://www.atlasvpm.org/home.jsessionid=72A18AC09D4CDC2A1CD732F2887AECBA>
50. Gervas J. Sobre la posibilidad de conservar las amígdalas: Glover al cubo. Gestión Clínica y Sanitaria, 2008; 10 (2) 74-5.
51. Rodriguez Artalejo F, Ortún Rubio V. Los protocolos clínicos. Med Clin 1990; 95: 309-16.
52. Suleng K. Alerta, pregunta incómoda: ¿está fracasando la medicina? El País, 4 de septiembre de 2016. https://elpais.com/elpais/2016/08/31/buenavida/1472648769_377736.html
53. Gervas J.; Pérez Fernández M. Como ejercer una medicina armónica: claves para una practica clemente, segura y sensata [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2011. Consulta en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500576/n3.9_Como_ejercer_una_medicina_arm_nica.pdf
54. Hirsch EM. The role of empathy in medicine: a medical student's perspective. Virtual Mentor 2007; 9(6): 423-427. doi: 10.1001/virtualmentor.2007.9.6.medu1-0706.
55. Gervas J. Experiencia, ciencia y “medicina basada en pruebas” en Atención Primaria. SEMERGEN 2002; 28(6): 302-4.
56. La MBE secuestrada (Por John Ioannidis). En: <http://www.nogracias.eu/2016/03/20/la-mbe-secuestrada-por-john-ioannidis/>
57. Gervas J. No medirás el riesgo cardiovascular. En El Mirador (Acta Sanitaria) 2017. Consulta en: <https://www.actasanitaria.com/no-mediras-el-riesgo-cardiovascular/>
58. Gavilan E. La moda dicta centrarse en el paciente, pero es una forma de paternalismo refinado. En: <http://www.nogracias.eu/2015/05/04/la-moda-dicta-centrarse-en-el-paciente-pero-es-una-forma-de-paternalismo-refinado/>
59. Gervas J. Pateintes: más allá de diagnósticos y de tratamientos, como `personas de las que sabemos poco. En El Mirador (Acta Sanitaria) 2019. Consulta en: <https://www.actasanitaria.com/pacientes-mas-alla-de-diagnosticos-y-de-tratamientos-como-personas-de-las-que-sabemos-poco/>

60. Gervas J. Los médicos saben hablar pero no escuchar. En El Mirador (Acta Sanitaria) 2018. Consulta en: <https://www.actasanitaria.com/los-medicos-saben-hablar-pero-no-escuchar/>
61. Pérez Fernández, M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de “Ética y derecho médico”. 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte Consulta en: <http://equipocesca.org/etica-de-las-pequenas-cosas-en-medicina/>
62. Sacristán JA: Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients. BMC Medical Informatics and Decision Making 2013 13:6.
63. K. Taylor. Paternalism, participation and partnership—The evolution of patient centeredness in the consultation. Patient Education and Counseling. 2009; 74: 150–155.
64. Kraft K, Hoffmann W. Challenge of evidence in individualized medicine. Personalized Medicine. 2012; 9(1): 65–71.
65. Ceriani Cernadas JM. Evidence-based medicine or patient-centered medicine, or both? Arch Argent Pediatr 2018; 116(2): 90-91.
66. C. Mellis. Evidence-based medicine: What has happened in the past 50 years? Journal of Paediatrics and Child Health. 2015; 51: 65–68
67. M. Cuba-Fuentes, J. A. Contreras Samamé, P. S. Ravello Ríos, M.A. Castillo Narro, S.A. Coayla Flores. La medicina centrada en el paciente como método clínico. Rev Med Hered 2016; 27: 50-59.
68. T.W. Muldary, Interpersonal Relations for Health Professionals: A Social Skills Approach, Macmillan, New York, 1983.
69. J. Katz, The Silent World of Doctor and Patient, The Free Press, New York, 1984.
70. H.B. Beckman, K.M. Markakis, A.L. Suchman, R.M. Frankel, The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions, Arch Intern Med 1994; 154: 1365–1370.
71. B. Djulbegovic, G. H. Guyat. Progress in evidence-based medicine: a quarter century on. Lancet. 2017; 390: 415–23
72. M. P. Atienza Morales. Diseño y evaluación de un protocolo clínico. Medicina Integral. 2000; 35 (9): 391-432
73. C. Garaizar et al. Sobre protocolos, pautas y guías de la práctica clínica. Rev Neurol 1999; 29 (11): 1089-1092.
74. P.C. Wyer, S.A. Silva. Where is the wisdom?—A conceptual history of evidence-based medicine. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2009; 15: 891–898
75. T. Pantoja, M. Soto. Guías de práctica clínica: una introducción a su elaboración e implementación. Rev.Med. Chile. 2014; 142: 98-104.

76. Standardization in Action: Achieving Local Universality through Medical Protocols
Author(s): Stefan Timmermans and Marc Berg Source: Social Studies of Science 1997; 27 (2): 273-305
77. A.K. Akobeng. Principles of Evidence based Medicine. Archives of Disease in Childhood. 2005; 90 (8): 837-840
78. D.A. Bukstein. Patient adherence and effective communication. Ann Allergy Asthma Immunol. 2016; 117: 613-619
79. D. Holmes, S. J. Murray, A. Perron, G. Rail. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: truth, power and fascism. Int J Evid Based Healthc 2006; 4: 180-186
80. Mason J, Laurie G. Liability for medical injury. Law and medical ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.

